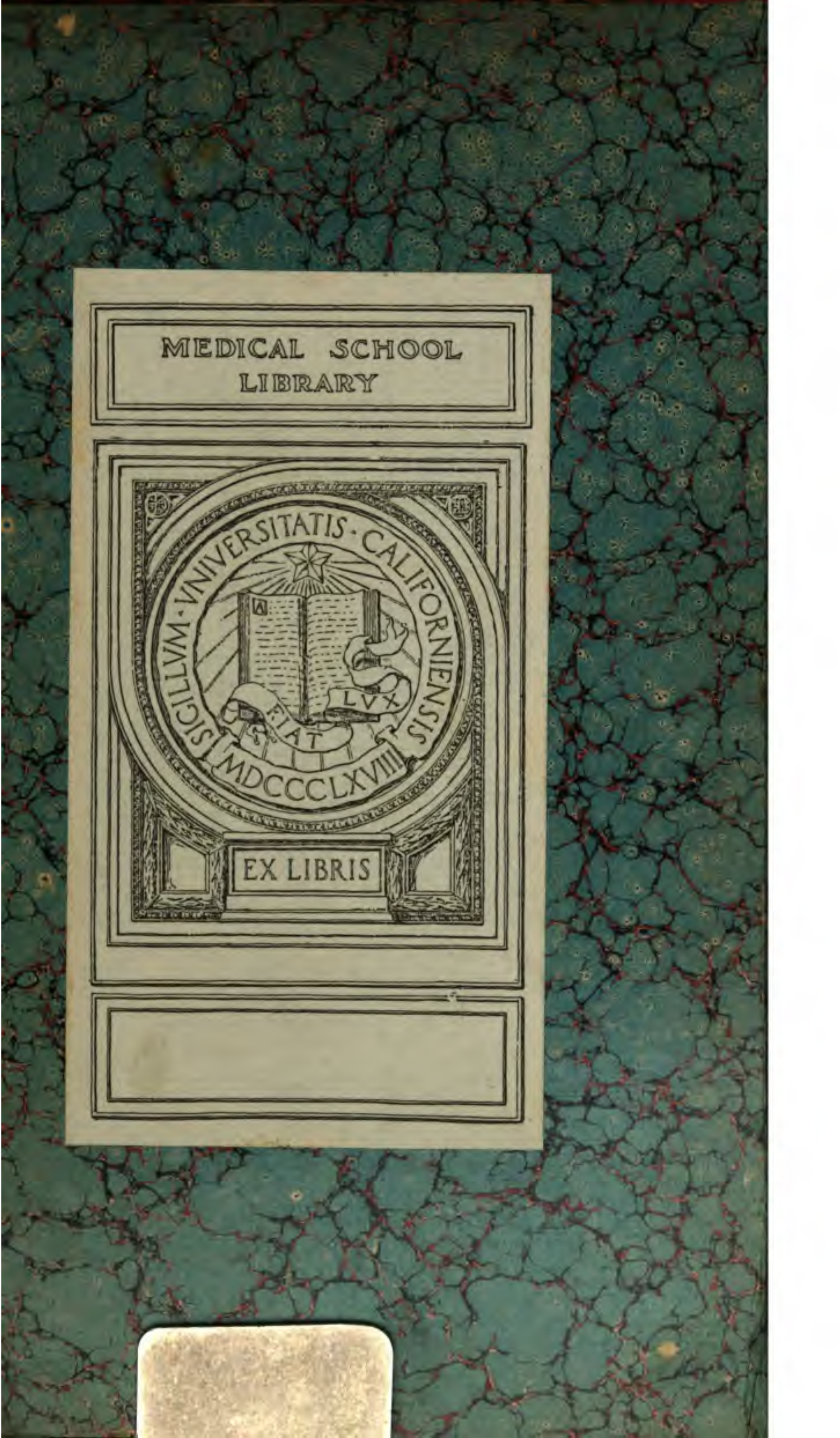

UC-NRLF
B 3 730 007


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. BABINSKI, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CATSARAS, CHARPENTIER, COTARD, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DENY, DURET, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, GAUTIEZ, GÉRENTE, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, HOMEN, HUBLÉ, HUCHARD, JENDRASSIK, JOFFROY (A.), KAHN (T.), KELLER, KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF, LANDOUZY, LANNOIS, LECORCHÉ, LEGRAIN, LEMOINNE, MABILLE, MAGNAN, MAIRET, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MAYGRIER, MAYOR, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, OSERETKOWSKY, PARINAUD, PIERRET, PITRES, POPOFF, RAMADIER, RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, SOUDEYKINE, SOUZA LEITE, TALAMON, TARNOWSKY, TRINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VAILLARD, VIGOUROUX (R.), VOISIN (A.), VOISIN (J.), ZOHRAB.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**

Dessinateur : **LEUBA.**

Tome XII. — 1886.

Avec 5 planches et 24 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1886

Vol. XII. Juillet 1886. N° 34.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE DANS LES PARALYSIES HYSTÉRIQUES [1]

Par le Dr J. BABINSKI,

Chef de clinique de la Faculté de médecine, à la Salpêtrière

Il semble que toutes les manifestations possibles de l'hystérie aient déjà été signalées et même que leur nombre en ait été exagéré, car il n'est peut-être pas un seul trouble fonctionnel qu'on n'ait dans certains cas rapporté à tort ou à raison à cette névrose. — Pourtant malgré la multiplicité des manifestations attribuées à l'hystérie il est un groupe de phénomènes que l'on a toujours systématiquement distrait de son cadre en se fondant sur la nature essentiellement mobile de ses accidents — elle paraît avoir été considérée jusqu'à présent comme incapable de produire une modification dans la nutrition des tissus ; l'absence de trou-

[1] Un résumé de ce travail a déjà paru dans le *Progrès médical*, année 1886, n° 6.

bles trophiques dans l'hystérie semble constituer un caractère négatif, qui fait, pour ainsi dire, partie de sa définition. — Le présent travail est destiné à montrer que c'est là une donnée beaucoup trop absolue, et que tout au moins une des variétés des troubles trophiques, l'atrophie musculaire, peut être sous la dépendance de l'hystérie et être observée dans les paralysies hystériques. Plusieurs faits observés dans ces derniers temps à la Salpêtrière ont amené, en effet, mon maître M. Charcot, à faire des leçons sur ce sujet et à établir ce point. — Nous commencerons par l'exposé des observations, dont la plupart ont été analysées par M. Charcot dans ses leçons cliniques, et nous chercherons à démontrer que les malades dont il est question sont des hystériques, qu'ils sont atteints de paralysie hystérique, et que l'amyotrophie qu'ils présentent ne peut être attribuée à une autre cause que l'hystérie. Après avoir passé en revue ces observations, nous chercherons, en les comparant les unes aux autres, à voir si cette amyotrophie offre quelques caractères qui lui soient propres, et nous essayerons de pénétrer sa nature intime, son mécanisme.

Observation I (*résumée*). — *Jeune homme de vingt et un ans, né d'une mère aliénée; d'un caractère très mobile, très irritable; sujet à des accès de colère violents, suivis d'hémorrhagies; fait la campagne du Tonkin où il éprouve toutes sortes de souffrances et où il est blessé à la tempe; il revient du Tonkin affaibli, mais sans éprouver aucun trouble nerveux, sinon des maux de tête assez fréquents. Il tombe un jour dans la rue brusquement, sans avoir senti aucun phénomène précurseur; il perd connaissance; il ne revient à lui que le lendemain matin, et il présente à ce moment une monoplégie complète du membre supérieur gauche, avec anesthésie absolue. Cette pa-*

ralysie persiste plus de deux mois avec des alternatives de flaccidité et de contracture ; elle s'accompagne d'une amyotrophie assez prononcée, qui se développe une semaine environ après le début de la paralysie, et qui a les caractères électriques de l'atrophie simple. A côté de cette monoplégie, viennent se grouper d'autres phénomènes qui sont : un léger affaiblissement du membre inférieur gauche ; des attaques à formes variées, de nature hystérique, et qui peuvent être provoquées sous l'influence de la compression de quelques zones ; de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; du mutisme hystérique transitoire ; de la rétention d'urine transitoire. La monoplégie disparaît à la suite de quelques séances de massage dans lesquelles on pratique la flagellation dans la région temporo-pariétale droite. L'amyotrophie ne tarde pas à s'atténuer à la suite du retour des mouvements.

Cab..., âgé de vingt et un ans, israélite, entre le 16 février 1886 dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — *Côté paternel.* Rien de particulier à signaler au point de vue des affections nerveuses. — *Côté maternel.* De ce côté, tous ses parents se distinguent par un caractère très violent. — *Mère* a été enfermée pendant quelque temps dans un asile pour aliénation mentale ; elle était sujette à des accès de colère violents, à la suite desquels survenaient des hématémèses et des névralgies faciales. — *Père de la mère* mort en vingt-quatre heures à la suite d'une attaque d'apoplexie. — *Sœur* du malade morte à la suite de convulsions à l'âge de quatre ans et demi.

Antécédents personnels. — Le malade est sujet, depuis son enfance, à de violents accès de colère qui sont suivis, comme chez sa mère, d'hémorrhagies ; il sent le besoin de vomir et il rend du sang par la bouche et le nez. — Son caractère a toujours été très mobile. — Il fait des études classiques au collége de Liège et il va jusqu'en rhétorique. A cette époque, — il a alors seize ans et demi —, il devient éperdûment amoureux, il veut se marier ; mais, ne pouvant y parvenir, il ressent un très vif chagrin, et sans savoir pourquoi, il quitte brusquement Liège et vient à Paris. Il reste à Paris huit jours et s'engage dans la légion étrangère — cela se passe en 1882. — Il reste un an en Afrique.

— A la fin de 1883, on l'envoie au Tonkin. — Au bout de six mois, il est pris de fièvre intermittente qui dure trois mois. — Vers cette époque, c'est-à-dire vers le milieu de 1884, il reçoit à la tempe gauche une blessure qui paraît avoir été superficielle, et dont il reste encore une cicatrice déprimée, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, douloureuse à une pression même légère. A la suite de cette blessure, il est tombé sans connaissance sur le champ de bataille; il est resté vingt-quatre heures sans connaissance et pendant quatre jours il a eu du délire; il est resté une quinzaine de jours à l'infirmerie pour cette blessure; pendant vingt jours, il y a eu chute de la paupière gauche. Depuis cette époque, sa mémoire a diminué, son sommeil est devenu agité, et il a éprouvé des douleurs de tête assez fortes, limitées au côté gauche, qui ont persisté avec la même intensité jusqu'au mois de septembre 1885. — A ce moment, le malade a quitté le Tonkin, renvoyé de là pour cause de faiblesse, il est retourné à Oran, où sa santé s'est améliorée; les maux de tête ont diminué d'intensité. — Notons, avant d'aller plus loin, que le malade n'est ni syphilitique, ni alcoolique.

Le 28 décembre 1885, le malade va se promener en ville; il se sent très bien et n'éprouve pas ce jour-là de céphalalgie ni aucun trouble d'aucune sorte, quand tout à coup, sans avoir éprouvé préalablement aucune sensation de vertige, sans avoir senti aucun phénomène précurseur quelconque, il perd connaissance et tombe sur le côté droit (ce sont ses camarades qui lui ont donné ce renseignement). Le jour suivant, à six heures du matin, il revient à lui; il lui semble simplement qu'il sort d'un profond sommeil; il ne se souvient aucunement de ce qui s'est passé la veille et il est très étonné de se trouver à l'hôpital. En voulant s'habiller, il s'aperçoit qu'il ne peut plus du tout remuer le membre supérieur gauche. — Le médecin l'examine à la visite du matin. — Le membre supérieur gauche pendait le long du corps; il était raide, les doigts dans l'extension; tout mouvement était impossible; la sensibilité à la piqûre avait complètement disparu; avec la machine à induction, il a senti un peu de douleur; mais, le jour suivant, il ne sentait plus du tout le passage du courant électrique. Il avait sur le bras plusieurs plaques rouges que le médecin a qualifié, dit le malade, de vaso-motrices. — Le malade a eu depuis de fréquentes attaques; celles-ci n'ont pas toujours

eu les mêmes caractères; les médecins ont distingué chez lui, dit-il, cinq variétés d'attaques; quelques-unes d'entre elles ressemblaient, d'après les renseignements qu'il nous donne, à celles qu'il a à la Salpêtrière; nous en indiquerons plus loin les caractères. — L'attitude du membre supérieur a subi depuis le début quelques modifications. Les doigts qui étaient au début dans l'extension, se fléchissaient parfois, et pendant plusieurs jours, les ongles s'enfonçaient dans la paume de la main, puis les doigts s'étendaient de nouveau; d'autre part, le membre était tantôt flasque, tantôt contracturé. Sept jours après le début de sa paralysie, le médecin lui a appliqué sur la tempe gauche et sur la région antéro-externe du bras gauche des plaques de zinc, et sur la partie antéro-interne du bras une plaque d'argent. Au bout de vingt-trois heures, il y a eu un transfert de la sensibilité qui a duré neuf heures. Vers la même époque, c'est-à-dire *une semaine environ après le début de la paralysie, le membre supérieur a commencé à s'atrophier* (le malade affirme que les deux côtés du corps avaient été jusque-là semblables et même que le côté gauche était plus fort, car il est gaucher), et cette atrophie a été en s'accentuant rapidement; elle a été suivie par le médecin au moyen de mensurations. Le malade remarqua encore, à cette époque, que le membre inférieur gauche, qui jusque-là avait conservé toute sa force, commençait à s'affaiblir. — Le 6 janvier, à la suite d'une attaque, le malade est resté aphone pendant trois jours; l'aphonie a disparu à la suite d'un accès de colère. — Il a eu aussi, pendant six jours de la rétention d'urine qui a nécessité le cathétérisme.

État actuel (Examen pratiqué le 19 *février* 1886). — Le malade est un homme d'une taille au-dessus de la moyenne, à la figure pâle, mais d'une constitution en apparence assez vigoureuse, à la physionomie exprimant la vivacité et l'intelligence. Ses réponses sont très nettes, très précises, ne se contredisant jamais les unes les autres ; il nous a donné tous les renseignements qui précèdent avec une grande clarté. Voici ce que l'on observe actuellement chez lui en l'examinant d'une façon méthodique :

Le membre supérieur gauche est complètement paralysé; les mouvements de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts sont absolument impossibles. Le bras pend inerte et flasque le long du corps ; les doigts sont dans l'extension et ils pré-

sentent un peu de raideur. — Le membre supérieur gauche est beaucoup plus grêle que le droit; la différence est frappante, sans même qu'il soit besoin de recourir à la mensuration, et on la constate facilement, quelle que soit la situation dans laquelle on place le malade; cette diminution dans le volume du membre paraît tenir principalement sinon exclusivement à l'*atrophie des masses musculaires* et celle-ci s'observe dans tous les segments du membre à partir de l'épaule jusqu'à la main. L'épaule est aplatie et le deltoïde est manifestement très atrophié; la paroi antérieure du creux de l'aisselle est notablement amincie et le grand pectoral fortement atrophié; le côté gauche de la paroi thoracique antérieure présente une dépression; en arrière, les régions sus et sous-épineuses sont aussi légèrement déprimées et le bord interne de l'omoplate se détache de la paroi thoracique un peu plus à gauche qu'à droite, mais cela dans de si faibles proportions que l'on ne peut dire au juste s'il s'agit là d'une disposition due à l'état pathologique actuel ou s'il ne s'agit pas là simplement d'une asymétrie ancienne non imputable à l'affection présente. La diminution de volume du bras est considérable; la plus grande circonférence du bras gauche est de 22 centimètres et celle du bras droit de 25 centimètres; l'atrophie semble porter à peu près également sur les muscles antérieurs et postérieurs du bras; en pressant entre les doigts les muscles biceps et triceps et en les comparant à ceux du côté opposé on constate une notable atrophie. L'atrophie de l'avant-bras est moins marquée que celle du bras; la plus grande circonférence est de 24 centimètres à gauche et de 25 centimètres à droite; il est difficile de dire si l'atrophie s'est faite plutôt aux dépens des muscles de la région antérieure ou de ceux de la région postérieure de l'avant-bras. Les éminences thénar et hypothénar sont plus grêles à gauche qu'à droite. — Les muscles atrophiés ne présentent pas de secousses fibrillaires. L'excitabilité idio-musculaire de ces muscles ne paraît pas modifiée. A l'électrisation, tous ces muscles atrophiés se contractent plus faiblement que ceux du côté opposé, mais le mode de contraction est absolument normal; dans aucun muscle, on n'a pu constater la réaction de dégénérescence. Il y a du côté paralysé augmentation de la résistance électrique [1].

[1] L'examen électrique de ce malade comme aussi des autres malades dont les observations suivent a été pratiqué par le Dr Vigouroux, direc-

La sensibilité est abolie dans le membre supérieur gauche, comme l'indiquent les figures 1 et 2, sauf à la paume de la main et à la partie palmaire des doigts où la sensibilité est toutefois diminuée; tous les modes de la sensibilité sont abolis. Il semble au malade qu'il n'a pas de bras ni d'épaule. — *Le sens musculaire* fait aussi complètement défaut dans ce membre.

La température du membre supérieur gauche est plus élevée que celle du côté opposé.

Il est bien plus facile de provoquer du côté gauche que du côté droit par le grattage des *raies vaso-motrices*.

Les réflexes tendineux sont exagérés du côté malade. En redressant les doigts on provoque de l'épilepsie spinale.

La sensibilité du reste du côté gauche du corps est conservée mais très diminuée; et cela est surtout net en ce qui concerne la sensibilité à la température.

Le membre inférieur gauche est un peu plus faible que le droit. La circonférence maxima de la jambe gauche est de 33 centimètres, tandis que celle de la droite est de 34 centimètres.

La face ne présente aucune espèce de déviation.

L'ouïe, l'odorat et le goût sont un peu plus faibles à gauche qu'à droite. — Rien du côté *des yeux;* pas de rétrécissement du champ visuel.

Attaques. — Elles surviennent spontanément ou à la suite de la compression de certains points. Il existe deux zones hystérogènes : la nuque, au niveau de la septième cervicale, et les globes oculaires; il suffit de mettre la main sur les yeux pour provoquer l'attaque. Dans la première attaque que nous avons observée le malade est tombé brusquement, sans pousser de cri, à la suite de l'occlusion des yeux; son corps a fait aussitôt un arc de cercle; l'attaque a, du reste, immédiatement été enrayée par la compression pratiquée au niveau des échancrures sus-orbitaires : le malade est aussitôt revenu à lui. Les autres attaques ont eu des caractères différents; voici sous quel aspect elles se présentent habituellement : le malade tombe brusquement en avant et à droite; il place sa tête sur son bras droit qui est dans l'extension et levé en l'air; le poignet est fermé et tout le bras est raide; généralement le malade

teur de l'établissement électrique de la Salpêtrière; nous le remercions vivement de son obligeance.

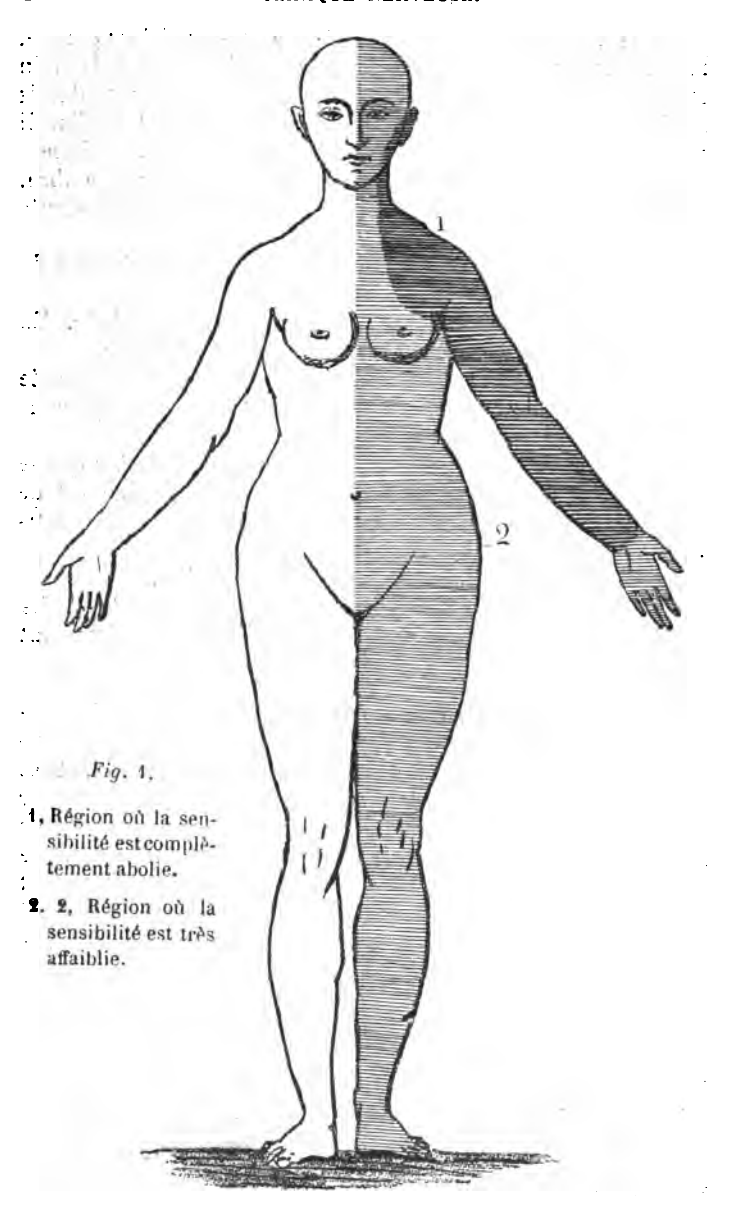


Fig. 1.

1, Région où la sensibilité est complètement abolie.

2. 2, Région où la sensibilité est très affaiblie.

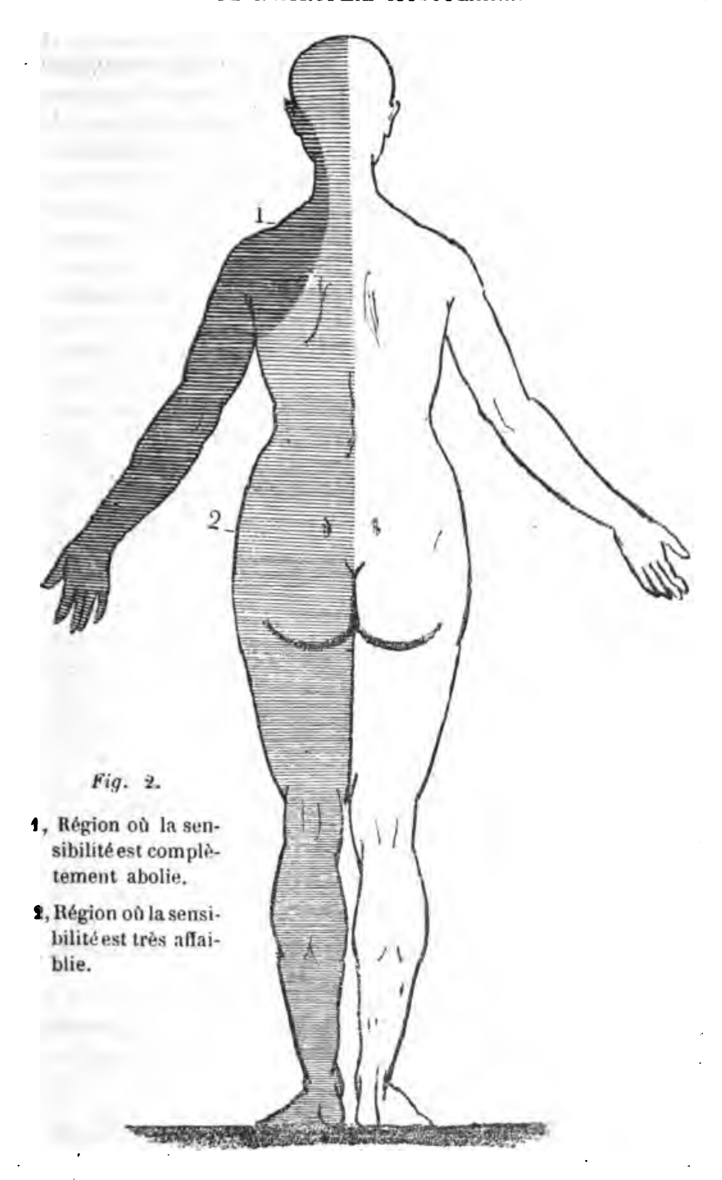


Fig. 2.

1, Région où la sensibilité est complètement abolie.

2, Région où la sensibilité est très affaiblie.

mord son bras; la jambe droite est fléchie sur la cuisse et le membre inférieur droit est raide comme le membre supérieur. La raideur s'observe aussi du côté gauche, mais elle est moins accentuée que du côté droit. En plus, la situation des membres est différente : le membre supérieur gauche est appliqué le long du corps, les doigts dans la flexion; la jambe gauche est étendue sur la cuisse. Le malade reste dans cette situation sans pousser le moindre cri, les yeux fermés, la figure sans aucune expression particulière, ni pâle ni congestionnée, pendant quelques minutes; puis on voit survenir quelques mouvements cloniques, mais peu accentués; enfin le malade pousse quelques cris étouffés, sanglotte un peu, puis revient complètement à lui, sans garder le moindre souvenir de l'attaque et sans éprouver la moindre fatigue. Ajoutons que quoique le début de l'attaque paraisse absolument brusque et que quoique le malade semble ne pas en être prévenu, il existe en réalité une sensation spéciale qui la précède ; le malade sent comme une boule qui de la région épigastrique remonterait à la gorge; mais l'attaque suit de si près cette sensation que le malade n'a pas le temps de se garer et qu'il tombe aussitôt.

Après le 19 février, le malade a eu encore quelques attaques différentes de celles-là; pour ne plus avoir à revenir sur les attaques, nous indiquerons ici leurs caractères; quelques-unes d'entre elles se présentent sous l'aspect suivant : il y a d'abord une phase épileptiforme calquée sur les attaques épileptiformes décrites plus haut; puis dans une seconde phase le malade semble revenir à lui, se lève, se met à marcher, quelquefois à courir, sort de la salle, mais il est étranger à ce qu'on dit autour de lui, ne répond pas quand on l'interpelle ; enfin il revient à lui et ne se souvient aucunement de ce qui s'est passé. Parfois, après la phase épileptiforme, il est pris de délire, crie, gesticule, se figure qu'il est en présence des Chinois, et il est dangereux pour les personnes qui l'entourent.

24 *février*. — A la suite d'une attaque, le malade est pris de mutisme ayant tous les caractères du mutisme hystérique et qui ne dure que douze heures. Les doigts qui étaient raides le premier jour, son aujourd'hui flasques.

27. — L'affaiblissement du membre inférieur gauche n'est plus appréciable; les deux jambes paraissent avoir la même force. Mais la paralysie et l'anesthésie du membre supérieur

ne se sont pas encore modifiées, c'est-à-dire qu'elles sont absolues. — On prie alors le Dr Gautiez, ancien interne des hôpitaux, qui pratique le massage avec succès, de masser le malade. M. Gautiez masse le membre supérieur droit, c'est-à-dire le membre sain, et on observe alors, au bout de cinq minutes environ, le retour de la sensibilité à la face dorsale des doigts et à la partie inférieure de la face dorsale de la main, sans retour de la motilité des doigts; en même temps la sensibilité s'émousse dans les régions correspondantes du côté opposé ; on continue le massage, mais le malade est pris d'une attaque qui oblige de suspendre l'opération; la sensibilité persiste pendant quatre heures environ, puis disparaît.

Le 28, à la suite d'une attaque, le malade est pris de nouveau de mutisme. Les doigts présentent aujourd'hui de la raideur.

Le 1er *mars*. — Le mutisme persiste et il a tous les caractères du mutisme hystérique ; l'intelligence est tout à fait conservée; le malade ne peut parler à voix básse, ne peut émettre le moindre son, et écrit, au contraire, avec la plus grande facilité; il éprouve en même temps dans la gorge une sensation de boule très pénible. — On pratique de nouveau le massage, et il se passe exactement la même chose que le 27 février. La sensibilité revient dans la même région, et le malade a une attaque. Lorsque le malade revient à lui, il s'assied auprès du poêle et, quelques minutes après, il lui semble que la boule qu'il sent dans la gorge se déplace, descend et disparaît, et en même temps son mutisme se dissipe. « C'est fini, dit-il, ma boule a disparu » ; et il parle comme par le passé.

4. — Paralysie et anesthésie du membre supérieur gauche dans le même état. M. Gautiez pratique alors ce qu'on appelle dans le massage la flagellation, dans la région temporo-pariétale droite (l'opération est commencée à onze heures du matin), et voici ce qu'on observe alors : au bout de quelques minutes, la sensibilité reparaît à la face dorsale des doigts, gagne la main, puis l'avant-bras et enfin le bras et l'épaule ; on dit à ce moment au malade de mouvoir ses doigts, son poignet ou son coude, mais il ne peut y arriver ; on fait faire alors aux doigts et à la main paralysée des mouvements passifs en disant au malade de regarder ce que l'on fait et de faire exécuter en même temps aux doigts et à la main du côté opposé les mêmes

mouvements ; au bout de quelques instants, quelques mouvements spontanés sont possibles ; ils sont d'abord très limités, mais deviennent de plus en plus étendus à mesure qu'on continue les manœuvres que nous venons d'indiquer ; par le même procédé, on finit par faire mouvoir le coude et l'épaule et finalement, vingt minutes environ après le début de l'opération, tous les segments du membre supérieur peuvent se mouvoir spontanément ; pourtant ces mouvements sont loin d'être aussi étendus que du côté opposé ; les mouvements de l'épaule sont en particulier très limités ; et tout le membre supérieur, en particulier la main et les doigts, présentent un tremblement à oscillations assez étendues et assez fréquentes, mais régulières. En même temps le membre supérieur du côté opposé s'engourdit un peu, mais cet engourdissement est très passager et disparaît rapidement. — Une heure et demie après cette opération, la motilité persiste, mais la sensibilité a déjà très notablement diminué. On renouvelle pendant une minute environ la flagellation dans la région temporo-pariétale droite et la sensibilité revient aussitôt dans le membre supérieur gauche.—Le malade est alors abandonné à lui-même ; la motilité persiste jusqu'à quatre heures de l'après-midi (en tout cinq heures), et la sensibilité jusqu'à neuf heures du soir ; puis la paralysie et l'anesthésie se rétablissent avec les caractères qu'elles présentaient avant l'opération.

5. — La flagellation est renouvelée dans la matinée, et on observe les mêmes phénomènes que la veille avec les différences suivantes : dès que la sensibilité a gagné la partie inférieure de l'avant-bras on fait exécuter aux doigts et à la main des mouvements passifs, et les mouvements spontanés reviennent avant que la sensibilité ait gagné le bras ; on fait executer ce jour à l'épaule des mouvements passifs avec plus de persistance que la veille, et les mouvements spontanés arrivent à être plus étendus que la veille ; on recommande enfin au malade de continuer à exercer son membre supérieur pendant la journée.

Le malade est examiné deux heures après l'opération ; il s'est conformé aux indications qu'on lui a données et les mouvements sont plus étendus qu'ils ne l'étaient immédiatement après l'opération. La sensibilité est déjà un peu obtuse. La sensibilité va sans cesse en diminuant, et disparaît complètement vers quatre heures du soir. La motilité persiste. Le ma-

lade a dans la soirée, une attaque épileptiforme suivie de délire et, lorsqu'il revient à lui, la motilité persiste encore.

6. — Les mouvements spontanés du membre supérieur gauche persistent encore, et ils sont même un peu plus étendus que la veille ; le tremblement a diminué ; mais l'anesthésie est complète ; le sens musculaire est aboli. On renouvelle la flagellation et, comme les jours précédents, la sensibilité reparaît de bas en haut ; la sensibilité reparaît en même temps que le sens musculaire. La sensibilité ne persiste pas plus de deux heures. Le malade s'endort le soir pouvant mouvoir son bras.

7. — Il se réveille absolument impotent de son membre supérieur. Le bras et l'avant-bras sont flasques. La main est fléchie et contracturée ; les doigts sont aussi fléchis et contracturés.

10. — Le malade depuis le 7 mars est redevenu paralysé du membre supérieur gauche. Il s'endort dans l'après-midi et, à son réveil, il s'aperçoit avec étonnement qu'il peut de nouveau le mouvoir.

13. — On prend les mesures des membres et voici ce qu'on constate : la circonférence de la jambe gauche est pareille à celle de la jambe droite ; entre le bras gauche et le bras droit, au lieu de trois centimètres de différence, il n'y a plus que deux centimètres ; l'épaule et le thorax se présentent à peu près sous le même aspect que le premier jour où le malade a été examiné.

14. — La paralysie reparaît au réveil du malade.

21. — La paralysie persiste.

On recommence la flagellation ; il survient une attaque ; mais à la suite de l'attaque, la paralysie et l'anesthésie disparaissent pendant une heure, après quoi elles reparaissent de nouveau, sauf à la main.

22. — La sensibilité reparaît spontanément jusqu'au coude, mais la main seule peut se mouvoir. M. Gautiez recommence la flagellation, cette fois non plus sur la tête mais sur la partie sensible du bras malade ; quinze minutes après le début de l'opération, retour de la motilité et de la sensibilité ; cette dernière disparaît de nouveau au bout d'une heure ; mais la motilité persiste.

25 *avril.* — Depuis plus d'un mois la motilité persiste toujours. L'amyotrophie s'est très notablement atténuée : l'épaule est beaucoup moins aplatie que le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le deltoïde s'est développé et le muscle grand pectoral est bien plus volumineux ; entre les régions sus et sous-épineuses du côté droit et celles du côté gauche, il n'y a plus de bien grande différence ; entre les deux bras il n'y a plus, dans la circonférence, qu'un centimètre de différence ; l'avant-bras qui n'était, il est vrai, que peu atrophié, ne s'est guère modifié ; les éminences thénar et hypothénar sont à peu près aussi volumineuses que celles du côté opposé.

Nous donnons cette observation comme un exemple de paralysie hystérique avec amyotrophie ; mais il faut fonder ce diagnostic et démontrer rigoureusement que les différents phénomènes que présente le malade ne peuvent être mis sur le compte d'aucune autre affection que l'hystérie. — L'amyotrophie est évidemment de nature à éloigner de l'esprit l'hypothèse d'hystérie, et fait penser à une lésion organique. Examinons donc cette dernière hypothèse. Si on a bien présente à l'esprit l'observation du malade, la supposition la plus admissible que l'on puisse faire est certainement celle d'une lésion siégeant dans l'écorce cérébrale au contact des méninges, intéressant la zone motrice brachiale et n'atteignant que très légèrement la zone crurale ; et au premier abord rien ne semble contredire ce diagnostic : — on s'explique en effet très bien de cette façon la prédominance des troubles fonctionnels dans le membre supérieur, le peu d'intensité des troubles observés du côté du membre inférieur et enfin l'intégrité de la face ; la contracture initiale peut être mise sur le compte de l'irritation des méninges et l'épilepsie spinale ainsi que la rigidité observées ultérieu-

rement seront attribuées à la dégénération descendante; l'atrophie musculaire se comprend très bien puisque cette complication dans la paralysie d'origine cérébrale a été fréquemment signalée (Charcot, Pierret, Brissaud); — le début de l'affection aurait été marqué par une attaque apoplectique et les crises que le malade a eues à plusieurs reprises seraient des crises épileptiformes. — Eh bien, toute cette argumentation n'est que spécieuse; il est facile de prouver que cette hypothèse ne peut être longuement soutenue et que les accidents divers présentés par le malade sont bien de nature hystérique.

Passons en revue les divers arguments que nous venons d'invoquer en faveur de la lésion corticale, et voyons s'ils résistent à une analyse rigoureuse.

A propos de la contracture, nous venons de dire comment on peut expliquer ce symptôme soit au début de la paralysie, soit dans ses phases ultérieures; mais, pour que cette interprétation ait de la valeur, il faudrait qu'il y ait eu réellement trois périodes bien distinctes dans le cours de cette paralysie, et échelonnées comme il suit : 1° paralysie avec contracture; 2° paralysie flasque; 3° paralysie avec contracture; enfin, la contracture établie cette dernière fois, ne devrait plus être susceptible de rétrocession. Or, il n'en est rien; ces trois périodes ne sont qu'imaginaires, et la contracture tardive observée chez le malade n'est pas du tout permanente; depuis le début de l'accident, la flaccidité et la rigidité se succèdent à chaque instant, et ce caractère est déjà tout à fait en rapport avec l'idée d'hystérie.

Nous venons de supposer que les crises dont nous avons indiqué les caractères étaient des crises épileptiformes, mais c'est là encore une supposition gratuite, et il est facile de relever des particularités qui indiquent nettement que ces crises sont bien de nature hystérique quoiqu'il ne s'agisse pas de grandes attaques hystériques; c'est ainsi qu'il nous suffira de rappeler que le début de ces attaques, quoique soudain en apparence, est précédé par une sensation de boule à la gorge, que ces attaques peuvent être infailliblement provoquées par la pression sur certaines zones, telles que les globes oculaires et la nuque, que dans ces attaques le malade exécute parfois un arc de cercle, qu'à la fin de l'attaque il pousse des sanglots, et qu'enfin, il revient presque brusquement à lui, reprend connaissance sans éprouver la moindre fatigue; tout cela est bien de nature hystérique.

La paralysie de notre malade, si on l'étudie attentivement, est accompagnée de quelques symptômes qui n'appartiennent pas à la paralysie corticale. Si nous examinons en particulier la paralysie brachiale, en négligeant les troubles moteurs du membre inférieur qui sont tout à fait accessoires, nous voyons que la sensibilité du membre supérieur est tout à fait abolie, et il en est ainsi de la sensibilité superficielle, de la sensibilité profonde et du sens musculaire; or, si dans les paralysies corticales il peut y avoir quelques troubles sensitifs, ces troubles sont très légers; jamais l'anesthésie n'est si profonde, et, d'un autre côté, si l'on jette les yeux sur les figures 1 et 2, on voit que cette anesthésie est presque calquée sur celle qui a été notée dans les

deux cas de monoplégie hystérique rapportés par M. Charcot[1].

Il nous semble que tous ces arguments sont déjà plus que suffisants pour établir que cette paralysie est bien de nature hystérique et pour rejeter l'hypothèse de paralysie corticale. Mais il est encore un fait plus important à relever en faveur de cette idée et qui convaincrait les plus sceptiques, c'est que cette paralysie, sous l'influence d'une simple flagellation pratiquée dans la région temporo-pariétale du côté opposé, a rétrocédé en l'espace de quelques minutes; il est évidemment inutile d'insister sur la portée de ce phénomène au point de vue du diagnostic.

Quant à l'amyotrophie, il nous paraît de toute évidence qu'elle doit être rattachée à la paralysie hystérique et qu'il ne peut être question d'une atrophie indépendante de cette paralysie et qui ne ferait que coïncider avec elle; en effet, cette atrophie est rigoureusement limitée aux muscles paralysés, elle s'est développée peu de temps après le début de la paralysie et s'est atténuée après sa disparition.

Nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de relever dans cette observation quelques particularités qui pourtant ne sont ici qu'accessoires, étant donné ce que nous voulons démontrer dans ce travail. C'est ainsi que nous appellerons l'attention sur le mutisme dont le malade a été atteint à plusieurs reprises, à la suite de ses attaques, et qui présentait tous les caractères du mutisme hystérique, sur la rétention d'urine qu'il a eue

[1] *Progrès Médical*, 1885, nos 34, 37, 39, 40. *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique de cause traumatique chez l'homme*, Leçons de M. Charcot, recueillies par MM. Marie et Guinon.

pendant quelques jours, sur ses colères violentes suivies parfois d'hémorrhagies. Enfin, on peut se demander si la perte de connaissance, le délire et la chute de la paupière gauche qu'il a présentés au Tonkin doivent être rattachés à quelque lésion organique ou à l'hystérie. Cette question est difficile à résoudre, et, comme elle n'offre pour nous qu'une importance secondaire, nous ne la discuterons pas.

OBSERVATION II (*résumée*).— *Homme âgé de trente-quatre ans. — Antécédents héréditaires nerveux. — Convulsions dans l'enfance. — A l'âge de dix-huit ans hémiplégie gauche avec intégrité de la face et hémianesthésie; cette hémiplégie a un début brusque; le malade s'aperçoit qu'il est paralysé, un matin, en se réveillant; elle dure six mois et demi pendant lesquels le malade a de fréquentes attaques d'hystérie; guérison complète; — à l'âge de vingt-cinq ans réapparition des attaques hystériques; — à l'âge de trente-quatre ans, à la suite d'un traumatisme violent sur le côté gauche du crâne, perte de connaissance de quatre heures de durée; lorsqu'il revient à lui, il présente une hémiplégie gauche avec intégrité de la face et hémianesthésie gauche; il y a hémianesthésie sensitivo-sensorielle et un rétrécissement du champ visuel; le testicule gauche est douloureux à la pression; l'hémiplégie est absolue pendant une durée de plusieurs mois, et il se développe du côté paralysé une amyotrophie assez accentuée, ayant les caractères électriques de l'atrophie simple; sous l'influence de l'application d'un aimant, les mouvements reviennent en partie dans le côté paralysé et il y a en même temps transfert de la sensibilité; depuis ce moment, la paralysie a une tendance à s'atténuer de plus en plus et l'amyotrophie tend aussi à diminuer.*

Met..., âgé de trente-quatre ans, artiste en cheveux, entre à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot le 22 février 1886.

Antécédents héréditaires. — *Père* goutteux, obèse, alcoolique, a eu à plusieurs reprises des attaques apoplectiformes. En 1863 à la suite d'une attaque, il aurait eu une paralysie du côté

gauche qui aurait duré deux ans. *Mère* très nerveuse, impressionnable ; elle est hémiplégique du côté gauche depuis deux ans. *Grands parents maternels* seraient morts paralysés.

Antécédents personnels.— A eu des convulsions étant enfant. Masturbation de très bonne heure. Pas d'affection vénérienne. Pas d'alcoolisme. A dix-huit ans le malade s'engage ; il fait la campagne de 1870, et souffre de toutes façons pendant le siège de Metz. Prisonnier en Prusse, il couche sur la terre nue et se réveille un matin avec tout son côté gauche violacé, insensible et paralysé. Pendant quatre mois, tout mouvement fut impossible du côté gauche, mais la face semble ne pas avoir été prise. Il eut pendant la durée de cette hémiplégie des attaques précédées d'une céphalalgie intense ; dans ces attaques, il se débattait et perdait connaissance ; ces attaques se sont reproduites parfois jusqu'à huit fois par jour. La paralysie du bras disparut la première, puis la motilité revint aussi dans le membre inférieur. En 1877, à la suite d'une grande frayeur, le malade eut de nouveau des attaques, dans lesquelles il fallait plusieurs hommes pour le maintenir.

En 1881, M. Berbez vit le malade à Beaujon, où il était soigné pour de prétendues douleurs rhumatismales siégeant dans le côté gauche, dont la sensibilité cutanée paraissait émoussée et qui, de plus, était plus faible que le côté droit.

Le malade sortit de l'hôpital en assez bonne santé et il se porta bien pendant quatre années.

Le 22 août 1885, le malade à la suite d'une discussion avec son père, fut frappé par ce dernier avec un rouleau à pâtisserie ; il perdit aussitôt connaissance et tomba par terre ; on l'apporta à la Charité, dans le service de M. Després, où l'on constata une plaie des téguments de la tête de douze centimètres de longueur, s'étendant de quelques centimètres au-dessus de l'oreille gauche à la nuque. Le malade serait resté quatre heures sans connaissance après le traumatisme. Quand il revint à lui, il était, comme en Allemagne, hémiplégique du mouvement et de la sensibilité à gauche. La plaie se cicatrisa repidement, mais la paralysie persistant toujours le malade fut transféré dans le service de M. Féréol, le 8 octobre 1885. — M. Berbez, interne du service, prit à ce moment son observation. Les membres supérieur et inférieur sont presque complètement paralysés. La face ne présente pas de troubles de la motilité. Le côté

gauche est plus grêle que le droit ; on note en prenant des mensurations les différences suivantes :

Différence entre le périmètre du bras droit et celui du bras gauche à la partie moyenne du bras	3 centim.
Différence entre le périmètre de l'avant-bras droit et celui de l'avant-bras gauche à la partie supérieure de l'avant-bras.	3 centim.
Différence entre le périmètre de la jambe droite et celui de la jambe gauche à la partie moyenne de la jambe.	1 centim. 1/2

Les réflexes tendineux sont à peu près normaux. Il y a, du côté gauche, une hémianesthésie incomplète, car il est des régions où la sensibilité n'est pas tout à fait abolie. Le malade a une douleur de tête très intense qui siège à gauche et qui occupe la face et le crâne ; cette céphalalgie, qui est continue, s'exagère par instants et devient intolérable. — Le malade est un grand garçon pâle, à l'aspect cachectique, déprimé, adonné à l'onanisme et à l'usage de la morphine ; son sommeil est souvent troublé par des rêves terrifiants. – Peu de temps après son entrée dans le service de M. Féréol, la paralysie du membre inférieur commença à s'atténuer et, un mois après, le malade pouvait marcher facilement. — La paralysie du membre supérieur était au contraire toujours presque absolue. Le 15 décembre 1885, à la suite de l'application d'un aimant du côté malade, il s'est fait un transfert incomplet de l'anesthésie à droite, et un retour des mouvements à gauche ; depuis ce moment, le malade a pu se servir de son membre supérieur gauche, qui toutefois était beaucoup plus faible que le droit.

État actuel (23 *février* 1886). — Le malade a toujours cet aspect déprimé qu'il présentait à la Charité. Les mouvements du membre inférieur gauche sont à peu près normaux. Le membre supérieur gauche est au contraire beaucoup plus faible que le droit; la plupart des mouvements, ceux des doigts, du poignet, du coude, de l'épaule sont possibles, mais ils sont beaucoup moins étendus et moins précis que du côté opposé et ils manquent absolument de force. — La partie supérieure du tronc est manifestement plus grêle à gauche qu'à droite ; l'atrophie est surtout marquée sur le membre supérieur et l'épaule gauche. Le deltoïde est très aminci.

La région antérieure du thorax est un peu déprimée; il en est de même de la région postérieure; les muscles sus et sous-épineux sont atrophiés. Le périmètre du bras gauche à la partie moyenne est de 19 centimètres, et celui du bras droit au même niveau de 22 centimètres. L'atrophie semble porter sur tous les muscles; le biceps et le triceps sont très réduits de volume. A la partie supérieure de l'avant-bras gauche le périmètre est de 19 centimètres et au même niveau à droite le périmètre est de 22 centimètres. L'atrophie paraît porter davantage sur les muscles épitrochléens que sur les épicondyliens. Les éminences thénar et hypothénar gauches sont un peu aplaties. La jambe gauche est plus grêle que la droite; le plus grand périmètre à gauche est de 27 centimètres et de 28 et demi à droite. A la cuisse, pas de différence sensible entre les deux côtés. Les muscles atrophiés ne présentent pas de secousses fibrillaires. L'excitabilité idio-musculaire paraît normale. La contractilité électrique est un peu plus affaiblie; mais elle est tout à fait normale : l'examen pratiqué avec les courants faradiques et galvaniques montre qu'il n'y a pas de réaction de dégénérescence. La résistance électrique est augmentée. — La sensibilité est complètement abolie dans le membre supérieur gauche (sensibilité au tact, à la douleur à la température, sens musculaire); dans le reste du côté gauche la sensibilité n'est que diminuée, plus ou moins, suivant les régions (voir les *fig.* 3 et 4). — Le côté gauche du corps a une température plus basse que le côté droit. — Les réflexes tendineux sont plus faibles à gauche. — Il y a à gauche un rétrécissement du champ visuel très prononcé, mais il n'y a pas de dyschromatopsie. L'ouïe est très affaiblie à gauche. Le goût et l'odorat sont abolis à gauche. — Il y a anesthésie du pharynx du même côté. — Les deux testicules sont très grêles; le malade dit qu'ils ont toujours été dans cet état et que pourtant ses désirs sexuels étaient normaux autrefois; actuellement, ils sont très affaiblis; le testicule gauche remonte jusqu'à l'anneau, et il est très sensible à la pression; la douleur provoquée par la pression ne reste pas localisée au testicule, elle remonte jusque vers le creux épigastrique. — Depuis 1877, le malade n'a pas eu d'attaques. — On prescrit au malade de faire dans la journée des exercices de gymnastique et d'exécuter en particulier des deux membres supérieurs des mouvements synergiques. On prie d'autre part M. Gautiez de masser et de flageller le malade. Les flagellations sont faites par

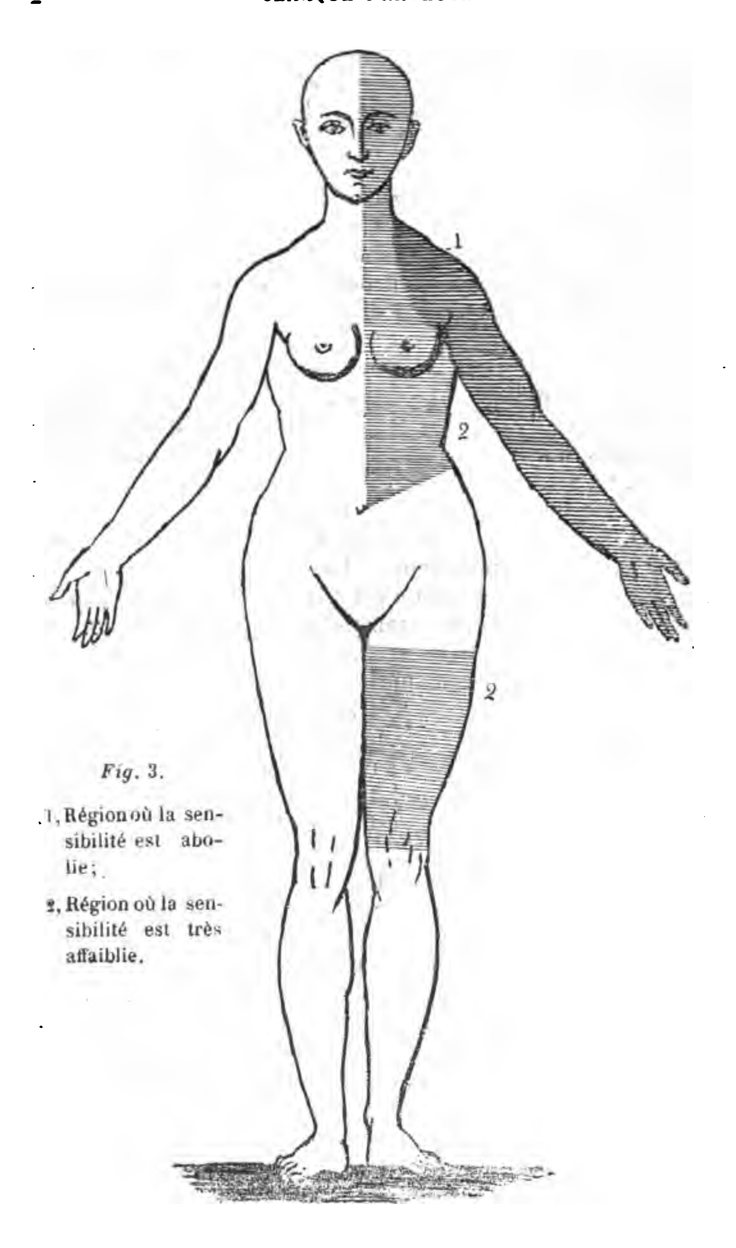


Fig. 3.

1, Région où la sensibilité est abolie;

2, Région où la sensibilité est très affaiblie.

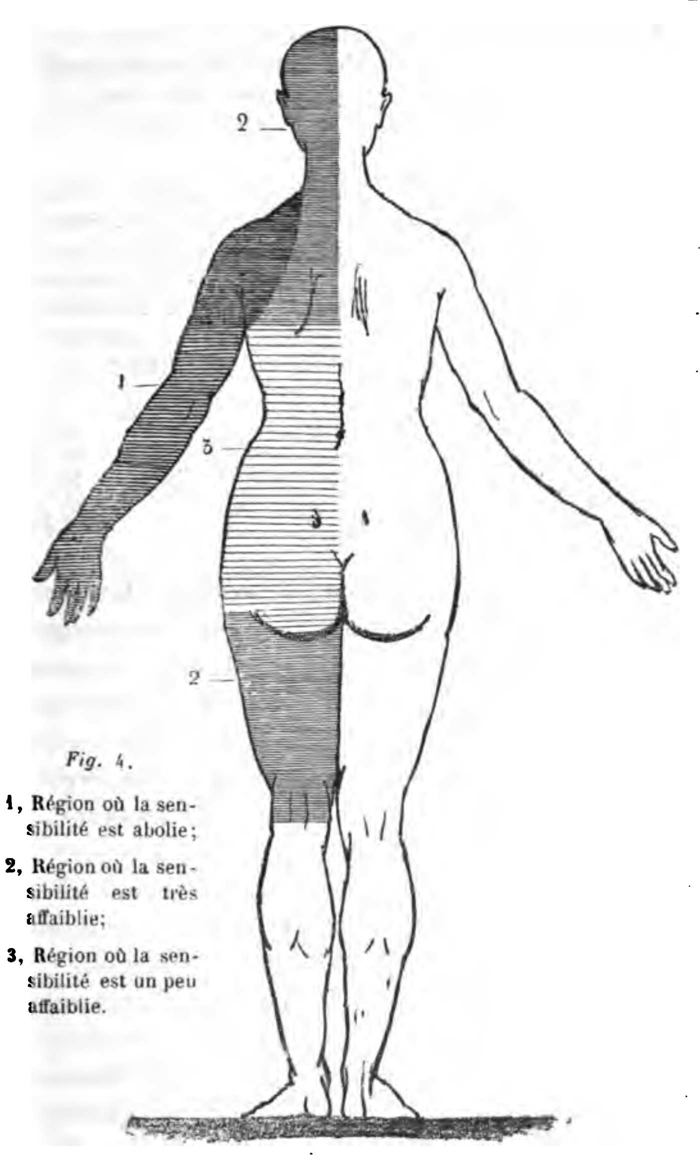


Fig. 4.

1, Région où la sensibilité est abolie;

2, Région où la sensibilité est très affaiblie;

3, Région où la sensibilité est un peu affaiblie.

M. Gautiez sur la région pariétale droite; après chaque séance, a sensibilité reparaît au membre supérieur gauche pendant plusieurs heures, et au bout de plusieurs séances elle persiste d'une façon définitive, mais elle est toujours plus faible qu'à droite.

21 *avril*. — Le malade a fait depuis son entrée à l'hôpital les exercices qu'on lui avait recommandé de faire. Son état général est toujours le même. Le membre supérieur gauche paraît un peu plus fort qu'autrefois, mais il est toujours beaucoup plus faible que le droit. Les muscles ont augmenté de volume. Les mensurations prises dans les mêmes endroits que le 23 *février* montrent les différences suivantes :

23 *février*.		21 *avril*.	
Bras gauche	19 cent.	Bras gauche	20 cent.
— droit	22 —	— droit	22 —
Avant-bras gauche	19 —	Avant-bras gauche	21 —
— droit	22 —	— droit	22 —
ambe gauche	27 —	Jambe gauche	27 2/3
- droite	28 1/2	— droite	28 1/2

Cette observation est un nouvel exemple de paralysie hystérique avec amyotrophie, et nous croyons qu'il est facile de l'établir. — Tout d'abord, il n'y a aucune difficulté à démontrer que le malade est un hystérique, car il présente les principaux stigmates de cette névrose, tels que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, un testicule douloureux à la pression et pouvant être considéré, à cause des caractères de la douleur, comme un point hystérogène; enfin, des attaques qui, par les renseignements donnés par le malade, paraissent bien être des attaques hystériques. Le malade est donc certainement un hystérique. — Mais il faut aller plus loin, et établir que la paralysie qu'il présente est bien sous la dépendance de l'hystérie; car il pourrait y avoir là simplement coïncidence de cette névrose, avec une affection nerveuse d'une autre nature; et, en effet, l'idée qui s'offre tout d'abord à

l'esprit, quand on réfléchit aux conditions dans lesquelles la paralysie s'est produite, est qu'elle dépend directement du traumatisme et qu'elle résulte d'une lésion matérielle de l'encéphale produite sous l'influence de ce traumatisme. — Nous allons donc commencer par démontrer que cette dernière hypothèse n'est pas soutenable si on analyse rigoureusement les faits et qu'il ne peut s'agir ici d'une lésion organique du cerveau. Remarquons d'abord que le malade, avant l'attaque de paralysie pour laquelle il est entré à l'hôpital et que nous avons pu constater, a eu déjà des accidents à peu près semblables, il y a de cela seize ans; il avait alors présenté une hémiplégie analogue à l'hémiplégie actuelle, et elle avait disparu complètement sans laisser de traces. Il est très vraisemblable que ces deux attaques de paralysie se sont produites sous l'influence d'une même cause et la disparition de la première hémiplégie tendant à établir que celle-ci n'était pas sous la dépendance d'une lésion organique, il devient dès lors probable qu'il en est de même de la seconde hémiplégie. — Mais il y a en faveur de cette opinion des arguments plus puissants à invoquer. Examinons, en effet, attentivement les conditions dans lesquelles le traumatisme a agi : le choc a porté sur le côté gauche de la tête et la paralysie des membres s'est développée du même côté, dans le côté gauche du corps. N'est-ce pas là déjà une objection importante contre l'hypothèse de lésion organique consécutive directement au traumatisme? Voici d'autre part une autre objection dont la valeur est non moins grande : Comment comprendre, avec l'hypothèse de lésion organique, l'affaiblissement des réflexes tendineux

et la flaccidité des membres paralysés? Ne devrait-il pas y avoir, dans une paralysie de cette nature, dont le début remonte à plus de huit mois, exagération de ces réflexes et contracture? Ainsi donc, il nous semble qu'il faut écarter cette hypothèse et admettre que cette paralysie doit reconnaître pour cause quelque modification dynamique des centres nerveux, et, en rapprochant cette donnée de ce que le malade est atteint, à n'en pas douter, d'hystérie, il devient probable que la paralysie est de nature hystérique. — C'est cette opinion qu'on arrive à se faire par exclusion; mais on peut y arriver aussi directement en montrant que cette paralysie présente quelques caractères qui sont propres à l'hystérie, et sur lesquels nous allons appeler l'attention. L'hémianesthésie que présente le malade n'est pas complète, avons-nous dit, mais si l'on jette les yeux sur les figures 3 et 4, on voit qu'au membre supérieur, seul membre paralysé au moment où cette figure a été dessinée, l'abolition de la sensibilité est complète et que les limites de cette anesthésie absolue sont exactement semblables à celles que nous avons notées dans l'observation précédente et à celles que M. Charcot a relevées dans son travail sur les monoplégies hystériques; la paralysie paraît donc en rapport intime avec l'anesthésie et celle-ci, étant de nature hystérique, il doit en être de même de celle-là. Voici maintenant un argument qui, à lui seul, nous aurait presque permis de nous dispenser de toute cette discussion, nous voulons parler de l'action que l'aimant a exercé sur cette paralysie, qui s'est atténuée sous l'influence de son application. Il s'agit donc bien certainement d'une paralysie hystérique.

En ce qui concerne l'amyotrophie, nous dirons, comme dans l'observation précédente, qu'elle se lie de toute évidence à cette paralysie et qu'elle ne peut relever d'une autre cause. Elle est limitée, en effet, aux membres paralysés, elle est bien plus accentuée dans le membre supérieur dans lequel la paralysie est plus tenace; elle s'est développée après le début de la paralysie, et, depuis que la paralysie a diminué d'intensité, elle s'est atténuée à son tour. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE NERVEUSE

DU TABES COMBINÉ (ATAXO-SPASMODIQUE), ou SCLÉROSE POSTÉRO-LATÉRALE DE LA MOELLE[1]

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES MYÉLITES MIXTES);

Par le professeur GRASSET (de Montpellier).

IV. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

De l'analyse des symptômes, tels que nous les avons décrits et groupés dans le paragraphe précédent, on peut déjà déduire le siège probable des lésions de la moelle.

Tout le premier groupe de phénomènes (incoordination motrice, douleurs fulgurantes, anesthésies) veut dire lésion des cordons postérieurs et surtout de leur partie externe (zones radiculaires, faisceaux de Bur-

[1] Voy. t. XI, p. 156 et 380.

dach). Je ne crois pas qu'il y ait d'objection faite à ce principe.

Le second groupe de symptômes (paralysies et surtout contractures) veut dire lésions des cordons latéraux et surtout des faisceaux pyramidaux.

Cette dernière proposition n'est plus aussi généralement admise qu'il y a quelques années et tout récemment Raymond écrivait[1] : « Tous ces faits démontrent qu'on ne saurait plus, comme l'a fait Grasset (de Montpellier), admettre que la contracture permanente est le symptôme de la lésion des cordons latéraux ».

Que sont donc ces faits qui infirmeraient cette loi? Ce sont des observations d'hydrocéphalie, de porencéphalie, de sarcome encéphalique et d'hystérie dans lesquelles il y a eu des contractures permanentes malgré l'intégrité des cordons latéraux.

Or, le principe que Raymond rappelle comme désormais inacceptable n'a jamais été posé par moi que comme un principe de séméiologie *spinale*. C'est en étudiant la symptomatologie de la moelle et de ses divers systèmes que je l'ai formulé (après bien d'autres). Donc, cela n'empêche pas que des névroses ou des lésions extra-médullaires puissent aussi produire ces contractures.

Je crois pouvoir maintenir mon ancienne phrase en la complétant par ces trois mots (qui n'étaient pas nécessaires dans mon livre, vu le chapitre où la loi était indiquée) : « *En pathologie spinale*, la contracture permanente est le symptôme de la lésion des cordons latéraux ».

[1] Art. *Tabes spasmodique* in *Dict. encyclop.*, p. 432.

On peut certes discuter encore sur la physiologie pathologique plus fine du symptôme, se demander si ce n'est pas (comme l'admet aujourd'hui M. Charcot) par irritation des cellules motrices antérieures que la lésion latérale entraîne la contracture. Ceci est une autre affaire.

Ce qui nous intéresse, nous cliniciens qui voulons surtout apprendre à déduire des symptômes observés le siège probable de la lésion médullaire, c'est que aux contractures répond la lésion latérale, comme à l'ataxie répond la lésion postérieure et comme aux amyotrophies répond la lésion grise antérieure.

Ainsi comprise et expliquée, notre proposition de tout à l'heure garde donc sa valeur et nous pouvons dire que, dans le tabes combiné, si les symptômes du premier groupe font penser à une lésion des cordons postérieurs, ceux du second font supposer une lésion des cordons latéraux.

Il est donc probable, d'après la seule analyse des symptômes physiologiquement interprétés, que la lésion du tabes combiné est une sclérose postéro-latérale.

Toutes les observations résumées dans nos tableaux confirment cette manière de voir. Aucune ne fait exception. Dans toutes les autopsies, la lésion intéressait les cordons postérieurs et les cordons latéraux.

Jusque-là, du reste, aucune difficulté; tout le monde admet cette double localisation de la lésion. Mais les divergences commencent quand il s'agit d'interpréter la nature de cette lésion.

S'agit-il là d'une myélite systématisée ou d'une myélite diffuse?

Pour les Allemands, Westphal et surtout Kahler et Pick, ce serait une double sclérose systématisée. Pour l'Ecole française, ce serait plutôt une myélite diffuse.

Ballet et Minor, qui ont fortement défendu cette dernière manière de voir dans le remarquable travail que nous avons déjà cité, rapprochent de leur observation personnelle plusieurs des cas publiés, et concluent que tous ces faits doivent être disjoints les uns des autres et classés suivant cinq types.

Le premier type comprend des scléroses diffuses; le second, des cas d'ataxie locomotrice dans lesquels la lésion atteint non seulement les faisceaux de Burdach, mais aussi les faisceaux cérébelleux, qui, quoique dans les cordons latéraux, font partie du système centripète; le troisième, des cas d'ataxie locomotrice dans lesquels la lésion primitivement systématisée aux cordons postérieurs se diffuse ensuite (par l'intermédiaire des méninges) aux cordons latéraux; le quatrième, des faits inverses dans lesquels la sclérose systématisée a succédé à la sclérose diffuse; enfin le cinquième, les faits proprement dits (mais très peu nombreux) de double sclérose systématisée.

Ces divisions sont trop dissemblables et n'ont pas toutes la même valeur. Le second type se sépare absolument des autres; il appartient au tabes dorsal ordinaire et nullement au tabes combiné. Entre le troisième et le quatrième types, au contraire, il n'y a pas de différence fondamentale, c'est une question relativement secondaire de savoir si la sclérose diffuse succède à la sclérose systématisée ou si c'est l'inverse : c'est comme si on séparait les tabétiques chez lesquels l'atrophie optique précède la sclérose spinale, et ceux chez les-

quels les lésions se succèdent dans l'ordre inverse.

Les questions secondaires ne doivent pas faire perdre de vue le point principal. Y a-t-il ou non une lésion du tabes combiné comme il y a une symptomatologie? Ballet et Minor répondent non, détruisent l'unité de cette maladie et en éparpillent les cas dans des groupes disparates.

Sur ce point, je demande à mes éminents confrères la permission d'être d'un avis différent.

L'objection vraie de Ballet et Minor aux travaux des Allemands est la non-systématisation de la lésion dans les cordons latéraux : cela est très juste : la sclérose, *systématisée aux cordons postérieurs*, est *diffusée dans les cordons latéraux*.

Mais cela n'empêche nullement son unité. Il suffit, pour la comprendre, d'admettre des *myélites mixtes*, en appliquant ce mot non à des myélites à la fois péritubulaires et périvasculaires, mais à des myélites à la fois systématisées et diffuses.

Cette idée des myélites mixtes, déjà émise en 1882 dans la thèse de mon ancien interne Brousse, me paraît jeter un grand jour sur ces questions.

Il n'y a pas entre les myélites systématisées et les myélites interstitielles de différence histologique radicale qui en fasse deux processus inconciliables sur le même sujet. On les suppose l'une parenchymateuse, l'autre interstitielle dans leurs origines. Mais, au fond, la seule vraie caractéristique se tire de la topographie.

Donc, il est très naturel que les localisations spinales d'états généraux (que nous appelons les maladies de la moelle), se déterminent, chez les uns, par une lésion systématique; chez les autres, par une lésion

diffuse; chez d'autres encore, par une double lésion, diffuse en avant, systématisée en arrière. On a cité des cas de lésion diffuse dans le cerveau et de lésion systématisée dans la moelle (paralysie générale et ataxie locomotrice); on peut aussi avoir dans la même moelle une lésion diffuse et une lésion systématisée (ataxie locomotrice et sclérose en plaques).

Le tabes combiné est de cette dernière catégorie; c'est une myélite mixte.

Cette manière de concevoir les choses me paraît correspondre aux faits et, en même temps, permet de maintenir sur le terrain anatomique l'unité du syndrome morbide que nous avons trouvé sur le terrain clinique.

Cela posé, arrive une autre question, qui me paraît secondaire, mais dont je ne veux pas cependant nier l'intérêt : quelle relation y a-t-il entre les deux lésions dont nous venons de parler?

La lésion diffuse succède-t-elle à la lésion systématisée (3e type de Ballet et Minor), ou, au contraire, la lésion systématisée succède-t-elle à la lésion diffuse (4e type des mêmes auteurs)? La propagation se fait-elle plutôt par les méninges (Déjerine)? La maladie se localise-t-elle séparément sur les deux régions sans qu'il y ait propagation anatomique de l'une à l'autre?

Tous ces processus sont possibles; il est même probable que les choses ne se passent pas toujours de la même manière chez les divers malades.

Mais ces variétés dans le détail de la marche de la lésion n'empêchent nullement l'unité anatomique de la maladie elle-même.

Pour s'en rendre compte il n'y a qu'à se rappeler ce qui se passe pour ce type clinique si admirablement

arrêté de l'ataxie locomotrice progressive. Chez l'un, la lésion commence par les nerfs crâniens; chez l'autre, par les cordons postérieurs; chez certains, les méninges spinales jouent un grand rôle; chez d'autres, il y a une méningo-encéphalite diffuse, soit initiale, soit tardive, etc. Tout cela empêche-t-il l'unité du tabes dorsal? Nullement.

Il en est de même du tabes combiné.

Pour constituer légitimement un de ces syndrômes cliniques, qui prennent rang parmi les maladies de la moelle, il faut deux choses: l'individualité symptomatique et l'individualité anatomique.

Nous avons vu au chapitre précédent et nous reverrons dans le suivant (à propos du diagnostic), que *l'individualité symptomatique est parfaitement nette et caractérisée par l'association des symptômes du tabes ataxique avec ceux du tabes spasmodique.* Le présent paragraphe a démontré, croyons-nous, *l'individualité anatomique caractérisée par l'association d'une sclérose postérieure systématisée avec une sclérose latérale diffuse (myélite mixte).*

Donc, *le tabes combiné existe comme syndrome clinique distinct, et mérite de figurer à part parmi les maladies de la moelle.*

Il resterait un dernier point de détail à étudier. Après avoir fait la physiologie pathologique générale de la maladie, il faudrait, dans chaque cas, mettre en rapport la topographie particulière de la lésion avec les symptômes spéciaux du cas.

Ce serait fort intéressant, mais cela nous entraînerait trop loin. Contentons-nous de rappeler une proposition de Westphal, qui résume cette question : dans

les lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux, la rigidité musculaire et la contracture spastique ne surviennent pas quand la lésion des cordons postérieurs s'étend en bas jusqu'à la région lombaire et que les zones radiculaires des cordons postérieurs sont atteintes par la dégénérescence. Zacher a exprimé le même principe sous une forme plus synthétique et plus générale en disant : Dans une lésion combinée des faisceaux pyramidaux et postérieurs, les phénomènes spastiques ne se développent pas dans les membres supérieurs ou inférieurs, quand la lésion des cordons postérieurs a atteint les zones radiculaires postérieures dans les sections correspondantes de la moelle.

Il y a là un chapitre très intéressant du tabes combiné, dont le développement ultérieur pourra être très utile pour la physiologie pathologique générale de l'axe spinal.

V. — DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Les documents sont encore trop peu nombreux pour permettre d'écrire une histoire clinique complète du tabes combiné.

La description détaillée des symptômes, principaux et accessoires, l'histoire de la marche, de l'évolution des phénomènes, les diverses variétés et les formes, etc. ; tout cela se fera plus tard. Le présent travail n'a pour but que de montrer l'existence de cette maladie et de provoquer ainsi de nouveaux travaux qui en compléteront l'histoire.

Il est bon cependant de rappeler les principes du

diagnostic différentiel : c'est la conclusion naturelle de notre paragraphe de la symptomatologie.

Je ne parle pas des signes qui permettent de reconnaître tout d'abord qu'on a affaire à une maladie de la moelle : ce premier temps du diagnostic est commun à toutes les autres maladies spinales.

Mais cette première partie du diagnostic posée, il faut savoir distinguer le tabes combiné du tabes ataxique, du tabes spasmodique, de la myélite diffuse transverse et de la sclérose en plaques.

Pour les deux premières maladies, on peut poser un principe général : dans le tabes combiné, on élimine le tabes ataxique par les symptômes du tabes spasmodique, et on élimine le tabes spasmodique par les symptômes du tabes ataxique.

Ainsi les contractures et plus généralement les divers phénomènes d'excitation motrice chez un malade présentant, d'autre part, des symptômes d'ataxie locomotrice feront penser au tabes combiné. De même les anesthésies, les douleurs fulgurantes et l'incoordination chez un sujet présentant d'autre part le tableau clinique du tabes spasmodique indiqueront aussi un tabes combiné.

Je ne fais pas figurer ici les symptômes céphaliques parmi ceux qui peuvent servir à ce diagnostic différentiel. Car ils appartiennent aux trois tabes. C'est l'opinion classique pour le tabes classique, mais non pour le tabes spasmodique. Raymond, en effet, dans son remarquable article consacré à cette dernière maladie, exclut les phénomènes céphaliques du tabes dorsal spasmodique ; mais sur ce point je m'écarte de

sa manière de voir et me range plutôt à celle de Pierret[1] et de Hervouet[2] (de Nantes).

Les tabes sont, d'une manière générale, pour moi, des maladies cérébro-spinales; c'est même là, à mon sens, leur caractéristique. On pourrait même ajouter aujourd'hui, après les travaux de Dejerine, que ce sont des maladies du système nerveux tout entier.

La considération des réflexes rotuliens est au contraire un symptôme qui, dans certains cas, aura une très grande importance pour le diagnostic que nous étudions.

La loi de Westphal sur l'abolition de ces réflexes dans le tabes ataxique est très généralement vraie. De plus, on peut ajouter que c'est là le plus souvent un signe de début.

Donc, toutes les fois qu'on trouve, avec des symptômes de tabes ataxique, la conservation, ou mieux encore, l'exagération des réflexes tendineux, il faut se méfier et penser plutôt à un tabes combiné.

L'inverse a beaucoup moins d'importance. Sans doute l'abolition des réflexes rotuliens coïncidant avec des symptômes de tabes spasmodique fera penser à un tabes combiné; mais alors il y aura en général d'autres troubles sensitifs qui enlèveront toute difficulté au diagnostic.

Pour distinguer le tabes combiné d'une myélite diffuse ordinaire, on se basera sur les symptômes des tabes en général.

[1] Association française pour l'avancement des sciences. Congr. de Grenoble, 1885.

[2] Remarques sur le tabes dorsal spasmodique. (*Gaz. médic. de Nantes* 1885.)

La myélite diffuse est ordinairement transverse ; elle est limitée, circonscrite dans un foyer, s'étendant en largeur plutôt qu'en hauteur ; elle frappe d'emblée tous les systèmes au niveau d'une rondelle : tous les faisceaux blancs et la substance grise perdent leurs propriétés. Si même cette myélite diffuse est envahissante, elle frappera les hauteurs successives de la moelle de la même manière, c'est-à-dire en détruisant toujours indistinctement tous les systèmes de l'axe spinal. De plus, dans la myélite diffuse tout est continu dans les lésions, et il n'y a pas de symptômes céphaliques ou même mésocéphaliques.

Dans le tabes combiné, au contraire, la lésion s'élève en hauteur, non en largeur ; elle ne frappe jamais une rondelle entière de moelle ; elle ne produit jamais ces paraplégies complètes avec anesthésie, exagération des réflexes et paralysie des sphincters qui montrent que la partie inférieure de la moelle est séparée de la partie moyenne par une zone détruite. Il y a au contraire souvent des symptômes mésocéphaliques, et surtout céphaliques, qui, à eux seuls, suffisent souvent à faire diagnostiquer un tabes, quand on les rapproche des phénomènes spinaux proprement dits.

Le diagnostic est plus difficile avec la sclérose en plaques. Ceci est une maladie cérébro-spinale comme les tabes, et, les plaques pouvant se rencontrer un peu partout, on conçoit qu'elles puissent raisonnablement simuler toutes les autres lésions des centres nerveux. Je n'hésite pas à dire que bien souvent la distinction doit être impossible.

Cependant il y a des signes qui, dans beaucoup de cas, permettront un diagnostic.

Les lésions de la sclérose en plaques ne présentent ni symétrie ni continuité. Une plaque pourra donner des symptômes de tabes ataxique dans une jambe; mais l'autre jambe n'aura rien, ou présentera des phénomènes tout différents. Alors même que les deux jambes seraient prises, bien souvent alors un bras se comportera différemment et présentera, par exemple, ce tremblement caractéristique qu'a décrit Charcot et qui enlèvera alors le diagnostic.

Dans le tabes combiné, tout marche au contraire, comme dans les maladies systématisées; la lésion se propage de proche en proche d'une manière continue, sans sortir des régions de prédilection. Il n'y a pas de contraste, pas de discontinuité.

Je reconnais que ce ne sont pas là des signes distinctifs absolus, fixes et généraux; ce sont plutôt des jalons, des indications qui serviront dans beaucoup de cas, et surtout quand on pourra suivre le malade assez longtemps. Du reste, comme je l'ai dit tout à l'heure, je crois qu'on se trompera encore souvent et qu'on pourra confondre, dans beaucoup de cas, la sclérose en plaques avec le tabes combiné comme on l'a confondue avec le tabes spasmodique, c'est pour cela que, pour établir ce travail, nous n'avons voulu citer dans nos tableaux et utiliser que les observations suivies d'autopsie.

Le *pronostic* est plus difficile que le diagnostic; mais c'est là un principe général. En présence d'une maladie quelle qu'elle soit, on fait son diagnostic, on indique le traitement : ce qui embarrasse le plus, c'est toujours le pronostic.

Il est bientôt fait de dire que les tabes sont des

maladies progressives, très difficilement curables et desquelles on meurt. Mais en combien de temps mourra le sujet? Il y a des temps d'arrêt, même des rétrocessions, soit spontanées, soit thérapeutiques? Ces phases se produiront-elles? Si oui, combien de temps dureront-elles? Si non, comment la maladie va-t-elle s'étendre et avec quelle rapidité? Montera-t-elle toujours et la mort surviendra-t-elle par le bulbe? Ou une complication cérébrale terminera-t-elle la scène? Ou encore est-ce le marasme, la cachexie avec les eschares ou même la phtisie pulmonaire, qui emporteront le sujet? Toutes ces questions, et mille autres semblables, intéressent au plus haut point la famille; mais elles sont souvent insolubles pour le médecin.

Seulement comme elles sont communes à toutes les maladies, et que les éléments particuliers d'appréciation particulière sont les mêmes que dans les autres tabes et n'ont rien de spécial au tabes combiné, je n'insiste pas et passe au *traitement*.

Si ce dernier paragraphe est très court, ce n'est pas que je considère le traitement comme nul et inefficace dans le tabes combiné; c'est uniquement parce que les indications sont, pour la plupart, les mêmes dans cette maladie et dans les autres tabes. Et nous ne devons insister ici que sur ce qui appartient en propre au type clinique que nous étudions.

Ainsi les indications tirées de l'état morbide fondamental, sont les mêmes dans le tabes combiné et dans l'ataxie locomotrice : iodure de potassium, ou mieux de sodium, chlorure d'or et de sodium, etc., suivant les cas. Il en est de même des indications tirées de l'acte morbide anatomique (lésion de la moelle) : ré-

vulsifs de tout genre, vésicatoires, pointes de feu, hydrothérapie.

Il n'y a que les indications tirées des actes morbides symptomatiques qui varient dans une certaine limite. Les contractures, et, d'une manière générale, les phénomènes d'excitation motrice, sont un élément nouveau, qui n'existe pas dans l'ataxie locomotrice, et dont il faut tenir grand compte ici.

Ainsi à l'iodure de sodium, on joindra utilement le bromure de sodium; c'est là du reste, une association extrêmement utile dans beaucoup de maladies chroniques du système nerveux. On prescrira les deux médicaments, par exemple dans la proportion relative suivante :

Iodure de sodium. .	10	grammes.
Bromure de sodium.	30	—
Eau	300	—

Deux cuillerées par jour, aux repas, dans un quart de verre d'eau vineuse.

Localement les applications de chloroforme seront souvent plus utiles que les topiques trop irritants, comme les vésicatoires.

Les bains valent aussi quelquefois mieux que les douches; j'entends les bains tièdes très prolongés. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il ne faille pas employer aussi les douches. On pourra commencer par les bains, puis alterner les bains et les douches et terminer enfin par l'hydrothérapie proprement dite.

Enfin, un dernier agent sur l'emploi duquel la combinaison des lésions latérales et postérieures a une certaine influence, c'est l'électricité.

Ce moyen, très utile dans la plupart des cas d'ataxie locomotrice progressive, ne m'a pas réussi du tout chez le premier des trois malades dont j'ai résumé les observations plus haut. Si on l'emploie, ce devra être, en tout cas, toujours avec une extrême prudence. Les courants continus faibles et à courte séance ou même le tabouret statique devront être seuls employés, et encore, je le repète, avec beaucoup de modération et une surveillance incessante.

Quant aux eaux minérales, on devra choisir soit parmi les stations, soit parmi les sources, celles qui, étant indiquées dans le tabes, sont plutôt sédatives et calmantes (tout en étant toniques) que stimulantes ou excitantes. C'est ainsi que la Malou ou Ragatz, vaudront mieux que Balaruc et encore à la Malou la piscine tempérée vaudra mieux que la piscine très chaude.

Ce paragraphe, à peine esquissé, ne pourra du reste être utilement développé que quand la maladie mieux connue, admise de tous et facilement diagnostiquée, sera suivie dès le début et que, par suite, les observations contiendront l'analyse plus complète des divers traitements essayés et des résultats obtenus.

VI. — CONCLUSIONS.

Les trois observations personnelles, résumées plus haut, et surtout les trente-trois cas (suivis d'autopsie) qui figurent dans nos tableaux me paraissent établir l'existence d'un type clinique, distinct des autres maladies de la moelle, qui mérite une place à part dans

les cadres de la neuropathologie et que je propose d'appeler TABES COMBINÉ (*ataxo-spasmodique*).

Ce syndrome n'est nullement caractérisé par son étiologie. Beaucoup de cas de maladie de Friedreich doivent être rangés sous cette dernière dénomination; mais ce n'est pas le fait d'être héréditaire qui les caractérise.

L'individualité du tabes combiné est constituée par son tableau symptomatique et sa lésion anatomique.

Symptomatiquement, il est caractérisé par l'association des symptômes du tabes ataxique (douleurs fulgurantes, anesthésies, incoordination motrice), des symptômes du tabes spasmodique (paralysies ou parésies et surtout contractures ou autres phénomènes d'excitation motrice) et des symptômes communs à tous les tabes (troubles céphaliques et méso-céphaliques).

Anatomiquement, il est caractérisé par une myélite chronique à siège spécial et constant. Cette sclérose occupe les cordons postérieurs et les cordons latéraux. On ne peut considérer cette lésion ni comme entièrement systématisée ni comme entièrement diffuse. Elle est systématisée dans les cordons postérieurs et diffuse dans les cordons latéraux. Cette association constitue donc une *myélite mixte*.

Il y a aussi dans beaucoup de cas des lésions méso-céphaliques, céphaliques ou même périphériques. C'est cette complexité anatomique (commune à tous les tabes) qui nous fait préférer le nom de *tabes combiné* (maladie cérébro-spinale) à celui de *sclérose médullaire postéro-latérale*, de même que le mot tabes dorsal ou

ataxique est préférable à l'expression de sclérose médullaire postérieure.

Le tabes combiné doit être distingué du tabes ataxique, du tabes spasmodique, des myélites diffuses et de la sclérose en plaques : les caractères cliniques sont assez tranchés pour rendre possible le *diagnostic* différentiel.

Le tabes combiné a beaucoup d'*indications* communes avec l'ataxie locomotrice progressive; mais il en a aussi de spéciales; ce qui prouve que la connaissance de cette maladie nerveuse particulière est importante, non seulement au point de vue de la science nosologique, mais encore au point de vue de la pratique et de la thérapeutique [1].

DE L'HYPNOTISME [2]

Par le Dr Ernest JENDRASSIK

Assistant de la 1re clinique médicale de Buda-Pest.

L'opinion la plus générale explique les phénomènes dont nous nous occupons par la cessation de la fonction de la substance corticale et en conséquence de cette circonstance par l'augmentation des fonctions réflexes. Mais nous n'avons pas sur quoi fonder la

[1] Au moment où nous achevons la correction des épreuves de ce travail, nous trouvons dans les *Archives de Westphal* (1886, xvii 217) un nouveau mémoire de Strümpell. *Weber eine bestimmte Form der primären combinirten Systemerkrankung des Ruckenmarks*, et dans le *Progrès médical* (20 février 1886) le résumé d'un cas de sclérose combinée présenté à la Société anatomique (8 janvier 1886), par Babinski et Charrin.

[2] Voy. le t. XI, p. 362.

supposition d'une exagération de la fonction réflexe dans la moelle, ou bien dans les organes subcorticaux pendant la léthargie, parce que, à cause des réflexes corticaux considérablement élevés, une investigation dans ce sens est impossible. Pendant la catalepsie, nous ne trouvons pas de réflexes du premier ordre, et dans le somnambulisme, nous ne les rencontrons que dans leur extension normale. J'ai déjà parlé de la fonction de la substance corticale pendant l'état hypnotique; et, en comparant tout ce que je viens d'alléguer, je ne puis admettre cette explication.

A mon avis, l'opinion de plusieurs observateurs est erronée, quand ils considèrent la fixation d'un objet comme une irritation sensorielle par laquelle l'état hypnotique serait provoqué, ainsi Brown-Séquard, Heidenhain, etc. La physiologie du système nerveux nous enseigne que se sont surtout les irritants d'intensité variable qui ont une influence irritante, tandis que pour les irritants continus la susceptibilité des éléments nerveux se perd successivement. Cette fatigue, qu'on éprouve en regardant l'objet fixé de tout près n'est pas absolument nécessaire pour amener le sommeil, c'est ce qui est prouvé par les autres moyens d'hypnotisation, ainsi par le sommeil provoqué par un son monotone, dont on ne pourrait guère affirmer l'action irritante. Et puis, chez les individus qui ont une grande aptitude pour être hypnotisés, il suffit d'un temps si court que vraiment on ne pourrait supposer une irritation. L'objet brillant, le son du diapason et les autres agents ne font que concentrer l'attention de l'individu qu'on veut endormir et on parvient à hypnotiser seulement ceux chez qui

cette concentration de l'attention a réussi; dans ce moment, non seulement l'irritation n'augmentera pas, mais, au contraire, elle perdra peu à peu de son pouvoir, parce que, pour une influence de force constante, l'irritabilité du système nerveux diminue successivement. Puisque toute fonction cérébrale du médium est concentrée dans ce moment à l'objet fixé, — et cette fonction s'efface lentement, à un instant donné, les irritations corticales tombent dans un état d'équilibre d'intensité très petite[1]. Si, pendant la nuit, ne pouvant pas dormir, nous avons recours au moyen populaire de compter de 1 à 10, et en sens inverse, nous suivons le même procédé que celui qui hypnotise. L'attention est concentrée à ces chiffres, et, si on réussit de l'y maintenir, elle s'affaiblit peu à peu, parce que, en continuant de répéter ces mots, ils ne donnent plus d'irritation nouvelle, et le sommeil entre.

Donc, la manière d'endormir n'est pas différente dans le sommeil ordinaire et hypnotique[2], mais il y a une différence dans la forme et dans le degré des deux états. Pendant le sommeil normal, c'est en vain que nous parlons à l'individu endormi, c'est en vain que nous le touchons; si nous ne franchissons pas certaines limites l'individu ne réagira point; mais, agissant un peu plus énergiquement, nous l'éveillerons à un degré varié, selon la force de notre intervention; il

[1] Je connais une hystérique qui, écoutant un diapason, s'endort toujours au moment où le son du diapason se perd.

[2] Chez une hystérique, j'ai réussi avec les moyens de l'hypnotisation (fixation d'un objet, son du diapason *ut* $_2$, *ut* $_3$) à produire dans quelques secondes un sommeil ordinaire très profond. Si on la réveillait, elle s'endormait tout de suite, et elle continuait ainsi son sommeil, pendant quelques heures, autant de fois que j'ai fait l'expérience.

peut arriver que, de cet état, il s'éveillera tout à fait, ou bien qu'il retombera dans son sommeil. Dans l'état hypnotique, une influence au delà de certains limites éveillera de même l'individu, par exemple si nous soufflons contre son visage. Par ce moyen, nous faisons entrer dans le cerveau une irritation, laquelle, — quand elle est assez concentrée — peut troubler l'équilibre des irritations corticales : c'est ce qui est l'état de veille. Un courant électrique appliqué à la tête aura aussi le même effet. Rieger dut s'en servir pour éveiller un hypnotisé.

Le moment principal de l'état de veille est le maintien d'un certain nombre d'images dans un état d'irritation plus ou moins élevée; je crois donc que plusieurs auteurs, et entre eux Beard et Möbius, ont tort en soutenant que, pendant la veille, les irritations du cerveau sont en équilibre. Beard[1] compare l'état de veille à un candélabre dont tous les becs sont allumés : quand on éteint les flammes, le sommeil s'ensuit; mais, si nous ne laissons brûler qu'un seul bec, celui-ci donnera une flamme d'autant plus forte; ce dernier exemple serait le symbole du sommeil hypnotique. Je me servirai de cette comparaison, toutefois en la modifiant de la façon suivante. L'état de veille est comparable à un candélabre dont une partie moindre des becs donne des flammes fortes et vives; une autre partie de nombre plus considérable répand une lumière faible; le reste des becs — et c'est la plus grande partie — n'entretient que des flammes à peine sensibles; les deux dernières parties éclatent partiellement en

[1] *Schmidt's Jahrbücher*, 1881, p. 74-91.

pleine lumière si leur robinet s'ouvre. Les grandes flammes sont le symbole de notre pensée ou de notre action récente, qui en même temps ne peut s'étendre qu'à une petite partie des images empreintes en notre mémoire; les flammes plus faibles représentent les actions soi-disant inconscientes (comme la marche, les différentes poses du corps, etc.), ces actions sont relativement soustraites à notre connaissance; et enfin les flammes les plus faibles sont les images qui sont à l'instant hors de notre connaissance, mais toujours prêtes à y entrer. Cette comparaison nous fait voir aussi, — si nous concentrons notre attention à quelque chose — c'est-à-dire si nous allumons ce bec, la flamme des autres diminuera; c'est un fait connu, on ne peut faire attention qu'à une seule chose à la fois. Mais à l'état normal, tout en s'efforçant de diriger l'attention à un point étroit, on a toujours une série d'images assez nombreuse dans sa mémoire, aussi l'association des images est si vive qu'à chaque instant plusieurs autres images entrent dans la scène et notre esprit compare les unes aux autres. Le résultat de cette comparaison est le jugement par lequel nous faisons la critique des images qui viennent d'entrer. Cette fonction du cerveau est basée donc principalement sur la circonstance que l'irritation qui vient d'entrer du dehors ne reste pas limitée à un seul point, mais elle se répand à un certain cercle et réveille des images antérieurement apprises. Ce jugement est peu développé dans certains individus; ceux-ci sont obligés d'accepter la dernière impression, parce que ou leurs images de mémoire sont perdues, et en conséquence la dernière arrivée fait une beaucoup plus grande impression que les anciennes,

ou bien la faculté de comparaison manque — le premier cas est le manque de mémoire, le deuxième le défaut du jugement. Pendant l'hypnose, cet état est développé à un haut degré dans la forme du défaut du jugement, c'est qui se conçoit facilement. Il est évident que, pendant le sommeil hypnotique les influences extérieures peu énergiques produisent dans les images de mémoire des irritations partielles, dont l'extension varie selon la phase de l'hypnose, mais elle est toujours entre des limites très étroites. De plus, nous avons vu que ces irritations ne dépassent point les limites de l'irritation extérieure et, si cela arrive, ce n'est que sur les voies bien exercées. En conséquence donc la comparaison et le jugement manquent, et les images se présentent comme elles sont entrées. C'est ainsi, quand on montre, par exemple, un oiseau fictif à un individu hypnotisé, il le voit, le caresse, etc...

Si je voulais appliquer la comparaison avec le candélabre sur le sommeil ordinaire et le sommeil hypnotique, il faudrait supposer que durant le premier, le robinet principal est presque tout à fait fermé, la plus grande partie des becs est éteinte, seulement quelques-uns ondoient de temps en temps produisant les rêves. Pendant l'état de veille, le maniement des robinets s'exécute par la volonté. Pendant le sommeil, il est dirigé en apparence spontanément, mais en vérité par des irritations sensitives, tandis que pendant l'état hypnotique, c'est l'expérimentateur qui ouvre et ferme à son gré les robinets.

Le sommeil hypnotique est donc un état d'équilibre des fonctions de la substance corticale dans lequel on parvient par des influences extérieures à irriter

partiellement l'écorce. Ces irritations ne s'étendent pas au delà des limites étroites, tout au plus sur les voies frayées par l'habitude et l'exercice. Cette extension est en proportion inverse du degré du sommeil. L'influence extérieure fait fonctionner les parties corticales qui échappent tout à fait à la volonté du sujet, et, ainsi isolées fonctionnent très longtemps, si nous ne faisons cesser l'irritation par une suggestion contradictoire. Ainsi je trouve la cause des phénomènes hypnotiques *dans la perte ou la diminution de l'association.*

En admettant la justesse de cette hypothèse, on pourrait peut-être comprendre les phénomènes : pendant la léthargie l'individu donne des réponses réservées exclusivement aux lieux influencés par les agents extérieurs, à peine s'il y a une petite distension par des voies exercées. Dans la catalepsie l'harmonie des poses différentes du corps et la correspondance de la mine aux mouvements des extrémités, et *vice versa*, prouve bien que nous sommes en présence d'une transmission d'une certaine étendue dans la substance corticale. En considérant cette circonstance, il est facile de comprendre que l'irritation gagnant d'étendue, perde d'intensité : il n'y a plus de contracture, et ce ne sont que les poses données pendant l'expérience qui persistent. Enfin pendant le somnambulisme, on réussit aussi, en adressant des paroles au sujet, à produire des irritations restreintes dans les parties les plus différentes de la substance corticale. Toutefois, l'extension de cette irritation n'atteindra jamais le degré qu'elle a à l'état de veille, et de là la spontanéité manque absolument.

En attribuant ainsi à la même cause les symptômes

moteurs et les symptômes soi-disant psychiques, je crois que nous sommes autorisés à identifier la contracture motrice avec les images positives suggérées, tandis que la paralysie serait identique avec les phénomènes produits par les expériences négatives, c'est-à-dire expériences qui ont pour but de faire disparaître des images fictives provoquées ou des images réelles.

On peut réussir aussi à produire des suggestions sans hypnotisation, au moins chez quelques individus, et cette susceptibilité peut atteindre presque un degré pareil à celui du sommeil hypnotique; mais il est hors de doute que ce n'est pas un état normal. On en rencontre des exemples bien marqués dans l'hystérie, et ces cas ont une grande importance dans la médecine légale.

Si on a étudié ces suggestions, si on a observé combien il est facile de les produire, on se gardera bien de tirer des conclusions physiologiques des expériences hypnotiques, ou bien on le fera avec une très grande restriction. Sans nous en apercevoir nous guidons le sommeil du sujet, et, si nous insistons à étudier les phénomènes, nous produisons un grand nombre des symptômes nouveaux. Voilà la cause pour laquelle il y a presque autant de formes de sommeil hypnotique que d'observateurs qui s'en sont occupés; après cela je reviens à la question, que j'ai posée au commencement de cette étude. En jetant un coup d'œil sur les descriptions de l'état hypnotique des divers auteurs, on trouve des différences telles qu'il faut se demander s'il y a autant de formes de cet état, ou bien si les expérimentateurs ont une influence sur les phénomènes.

Cette circonstance prouve déjà qu'une très grande partie des symptômes est due à l'intervention de l'expérimentateur. Combien il est facile de guider un individu hypnotisé est assez démontré par les expériences; en voici un exemple : on peut provoquer une paralysie d'un membre sans mot dire, par quelques passes seulement; — on la peut aussi faire disparaître par le même procédé.

Les expériences de Heidenhain et Grütrner[1] prouvent aussi combien ces examens sont inaptes à donner des résultats sur certaines questions physiologiques. Ces scrutateurs ont produit par des passes sur le visage l'hémi-catalepsie, mais dans trois cas elle se présentait au côté opposé des passes, dans un cas du même côté. Touchant ces cas, Heidenhain et Grütrner font remarquer qu'on n'a pas une explication suffisante sur ces contradictions, sinon qu'on veut recourir à l'irritation des vasomoteurs; j'avoue franchement que, même avec cette hypothèse, je ne pourrais pas les comprendre. Et, dans d'autres cas, cette explication donne des résultats plus contradictoires encore : dans deux cas, en irritant le côté droit cette irritation fut suivie de l'aphasie; dans deux autres cas, l'aphasie accompagnait l'irritation du côté gauche. De ce fait ils déduisent que, si l'entre-croisement des voies sensitives est réelle, chez les deux premiers, c'était l'hémisphère gauche où siégeait la faculté du langage; chez les deux autres, c'était l'hémisphère droit; mais quelques lignes plus bas, nous lisons que, chez un vigoureux jeune homme, tantôt le côté droit, tantôt le côté gauche devenaient cataleptiques

[1] *Bresl. Arztl. Zeitschrift.* 1880, H. 4.

et l'hémi-catalepsie des deux côtés était accompagnée de l'aphasie.

Quant aux trois phases de l'état hypnotique de M. Charcot, ils ont le grand mérite d'avoir complété nos connaissances de cet état très précieux pour les études de la fonction du cerveau; mais il est encore difficile à juger s'ils sont produits artificiellement ou s'ils correspondent de l'organisation de l'écorce cérébrale. D'un côté, il y a tant de transitions, de formes frustes, des états pour ainsi dire interposés entre les phases typiques, qu'on est tenté de prendre ces phases pour être produits par l'éducation involontaire de l'expérimentateur. Il plaide en faveur de cette opinion cette circonstance qu'au commencement des expériences les phases sont loin de se montrer aussi distinctes, comme après des exercices souvent répétées; que, chez la plupart des sujets, on n'arrive pas à produire ces phases; ni l'un ni l'autre ne tombent dans un état qui est certainement hypnotique, mais qui n'a pas les caractères d'aucune phase, enfin il n'y a que très peu d'expérimentateurs qui ont réussi à produire ces phases. De l'autre côté, au contraire, M. Charcot a présenté tant d'exemples, qui entre eux s'accordaient au moins pour les principaux symptômes tout à fait, et d'ailleurs, comme je viens de montrer ces phases correspondant à des degrés différents de l'extension de l'irritation extérieure dans le cerveau, — et puis, ces « grands hypnotiques » n'ont pas de transitions entre leurs phases — tous ces points peuvent s'attacher aussi à l'organisation du cerveau. C'est seulement une possibilité, que je veux pourtant mentionner sans pouvoir l'affirmer, mais qui me semble avoir quelque vraisemblance. Il

est connu que les différentes parties de l'écorce sont liées entre elles par des fibres d'association. Nous sommes encore loin de les connaître toutes, mais nous en connaissons déjà quelques systèmes. Il y a là le réseau qui lie les cellules ganglionnaires entre elles, puis les fibres qui établissent la communication enfre les circonvolutions voisines, et il y a des fibres qui sont tendue entre des champs plus éloignés. Or, le rôle physiologique de ces systèmes en particulier n'est pas encore connu, et en conséquence on ne peut pas fonder une hypothèse sur cette organisation anatomique, mais il n'est pas tout à fait impossible que les diverses phases de l'hypnotisme correspondent à la perte d'un ou plusieurs de ces systèmes d'association. Selon ce que je viens de relater, le sommeil le plus profond se rencontrera avec la plus grande perte de l'association. Ainsi on pourrait supposer que chez ces « grands hypnotiques », on peut parvenir expérimentalement à paralyser, selon les phases de l'état hypnotique, les fibres des divers systèmes d'association.

En terminant, je saisis avec plaisir l'occasion de remercier M. le professeur Charcot de la libéralité avec laquelle il m'a donné la permission, pendant mon séjour à Paris en 1884, de travailler dans son laboratoire et d'assister aux expériences hypnotiques de son service.

RECUEIL DE FAITS

NOTES SUR LES HÉMORRAGIES CUTANÉES PAR AUTO-SUGGESTION;

Par le Dr H. MABILLE, directeur médecin en chef de l'asile de Lafond, La Rochelle, et le Dr J. RAMADIER, médecin adjoint.

A la date du 29 août 1885, l'un de nous a publié dans le *Progrès médical*[1] une note sur les hémorragies cutanées par auto-suggestion dans le somnambulisme provoqué.

« Il s'agit dans ce cas, disons-nous, d'une hémorragie qui s'est produite durant le somnambulisme provoqué ou plutôt durant le sommeil provoqué par suggestion à terme, sans aucun intermédiaire et *au lieu et place de stigmates anciens*, parce que nous croyons pouvoir appeler auto-suggestion... Et cette auto-suggestion a été comme le réveil et l'extériorisation de sensations antérieurement emmagasinées. »

A vrai dire, dans ce cas, l'expression d'auto-suggestion dans le sens propre du mot, pouvait prêter à discussion ; car l'explication que nous donnions nous-même du fait produit, laissait percer l'idée d'une origine purement mécanique, sans que la volonté du sujet fût entrée d'une façon bien manifeste dans l'accomplissement de l'acte. Tout autre semble, dans une certaine limite du moins et pour une part que nous déterminerons plus loin, l'ensemble de faits suivant :

Le 2 février 1886, vers une heure de l'après-midi, V... est pris de vomissements avec accès hystéro-épileptiques qui se prolongent pendant près de trois heures. Vers sept heures et demie du soir, nouveaux vomissements et crises nouvelles pendant lesquelles nous observons divers déroulements de personnalité[2]. Puis, à huit heures du soir, en présence de

[1] H. Mabille. — *Notes sur les hémorragies cutanées par auto-suggestion dans le somnambulisme provoqué.* (*Progrès médical*, t. II, n° 35.)

[2] Dans un travail que nous publierons prochainement, nous décrirons cet état spécial pendant lequel, spontanément et dans un temps très

M. Chuvelot, interne, et des infirmiers de service, V... se comprime les lobes oculaires comme pour se mettre en léthargie, les ouvre comme pour passer à l'état cataleptique, se frictionne le vertex comme pour aboutir au somnambulisme et prononce les paroles suivantes :

« V..., il y a quatre lettres à votre nom ; cinq minutes après votre réveil, il faut que ça saigne à votre bras. » A son réveil, légères démangeaisons au bras gauche. V... cherche à se frotter le bras qu'on est obligé de maintenir; puis il tombe dans l'état particulier que nous observons habituellement chez lui lorsque le terme d'une suggestion approche. Quelques minutes après, on voit la peau de l'avant-bras gauche se congestionner; il se produit une sorte de gonflement à l'endroit où bientôt vont apparaître des gouttelettes de sang, formant les quatre lettres de son nom (lettres de un centimètre et demi de hauteur). Quelques minutes après, V... s'hypnotise par le procédé décrit plus haut et s'exprime ainsi : « V..., dans cinq minutes, il y aura un A sur votre front et cet A saignera ».

Au moment correspondant à la suggestion, en présence de M. le Dr Ramadier, appelé par M. l'interne, les assistants notent sur le front de V... d'abord une rougeur, puis du gonflement; et enfin des gouttelettes de sang dessinent la lettre A, sur la partie médiane du front, un peu à gauche (1 centimètre de hauteur).

A partir de ce moment, état de crises avec déroulement de personnalités diverses, crises de la vipère, une des phases de son accès d'hystéro-épilepsie ; puis à dix heures du soir, nous constatons que par une sorte d'auto-hypnotisme, V... s'endort comme précédemment et tient le langage suivant :

« V..., il y a quatre lettres à votre nom. Un quart d'heure après votre réveil, elles seront marquées sur votre cuisse gauche et saigneront ». Quatre minutes seulement après cette auto-suggestion, une rougeur commence à apparaître à la cuisse gauche, puis après la période de gonflement, le nom de V... est écrit sur la gauche (3 à 4 centimètres de hauteur) et saigne.

Voilà donc au milieu de crises hystéro-épileptiques, l'appa-

court, le malade en état de crises se transporte à des âges *divers* et *successifs* de sa vie, état psychique qui entraîne un état somatique toujours le même.

rition spontanée de stigmates sanguinolents constatée par nous pour la seconde fois sur le même malade. Comme nous l'avons dit plus haut, lors des stigmates qui surgirent spontanément le 29 août 1885, ces hémorragies se produisirent au lieu et place de stigmates anciens antérieurement suggérés au malade. Les stigmates du 2 février 1886, au contraire, ont apparu alors que, depuis plusieurs mois aucune suggestion de cette nature n'avait été faite à V... Et sur trois hémorragies constatées, les deux dernières observées, celles du front et celle de la cuisse gauche se sont produites en des endroits qui n'avaient jamais été choisis, comme siège de la suggestion.

Il n'est pas douteux que, dans notre cas, l'apparition des hémorragies cutanées ait lieu d'une façon à peu près mécanique. En effet, elles seront produites au milieu d'une série de crises hystéro-épileptiques et il n'a pu dépendre du malade d'empêcher leur production, pas plus qu'il n'est maître de s'opposer au déroulement de ses personnalités et de sa crise elle-même. Elles ont bien été connues précédemment comme le réveil d'anciens souvenirs. Néanmoins, il nous paraît difficile de dire que la volonté de V... ne s'est pas manifestée dans une certaine limite, puisque les hémorragies se sont produites en des points non encore choisis par les expérimentateurs, et, sous ce rapport, il n'y a pas eu de la part de V... qu'une simple extériorisation de souvenirs emmagasinés. Il semble y avoir eu dans ce cas une sorte d'auto-suggestion véritable.

Nous insisterons en terminant sur le lieu d'élection, chez notre sujet, des hémorragies suggérées ou spontanées. Ces hémorrhagies se produisent toujours du côté gauche du corps, c'est-à-dire du côté hyperesthésié, l'autre côté étant anesthésique, fait signalé déjà dans le mémoire de MM. Bourru et Burot [1].

Pour le démontrer d'ailleurs, l'un de nous a eu l'idée de provoquer par suggestion le transport de la sensibilité et a pu obtenir de cette façon des stigmates à droite, alors qu'il fut impossible de les produire à gauche, ce côté étant devenu anesthésique.

[1] Bourru et Burot. — *Des stigmates sanguinolents provoqués par suggestion.* (*Congrès de Grenoble*, 1885.)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Myélite subaigue des cornes antérieures. — Paralysie avec atrophie graduelle de tous les muscles du corps, sauf ceux de la face. — Arthropathies aigues. — Disparition complète de tous les accidents au bout de trois mois et demi ; par le Dr E. Dufourt, chef de clinique. (*Lyon méd.*, 1885, t. XLVIII.)

Cette observation, relative à un jeune homme de dix-sept ans, chez lequel la paralysie ne s'est complètée qu'au bout de quinze jours, démontrerait, d'après l'auteur, l'existence d'une forme de myélite des cornes antérieures, intermédiaire au point de vue de sa marche entre la paralysie spinale de l'adulte et la paralysie générale spinale. à marche diffuse et curable, décrite par Landouzy et Dejerine.

Parmi les phénomènes les plus intéressants présentés par ce malade signalons : 1° l'apparition de plusieurs arthrites aiguës ; 2° la persistance de l'abolition de la contractilité faradique après le retour de la motilité ; 3° une accélération du pouls semblant appartenir à l'excitation de la région cervicale de la moelle.

G. D.

II. Erysipèle périodique des membres inférieurs au cours d'une myélite chronique ; par M. D. Teissier. (*Lyon méd.* 1885, t. XVIII.)

III. Observation de méningite suppurée par infection, a la suite d'une fracture du crane compliquée de plaie, indication de la trépanation ; par M. le Dr Goullioud, chef de clinique. (*Lyon méd.*, 1885, t. XLVIII.)

IV. Des crises d'épilepsie liées a l'arthritisme ; par M. B. Teissier. (*Lyon méd.*, 1885, t. XLVIII.)

L'auteur rapporte en quelques mots l'observation de cinq malades qui, sans autre antécédent que le rhumatisme ou la goutte, ont présenté à diverses reprises et sans cause appréciable des crises d'épilepsie.

G. D.

V. **Myélite chronique diffuse** ; par le Dr Raymond, agrégé, médecin de l'hospice des Incurables. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

Cette observation de myélite classique est suivie d'une longue étude micrographique de la moelle, des diverses parties de l'encéphale, des nerfs périphériques, des muscles et de la peau, etc., dans le but d'établir l'influence d'une destruction plus ou moins complète de la moelle pendant vingt et trente ans sur l'état anatomique du cerveau et de tous les organes en général. G. D.

VI. **Contribution a l'étude de l'aphasie** ; par M. Balzer, médecin des hôpitaux. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

La première observation contenue dans cette note est un exemple d'aphasie motrice avec un certain degré de surdité et de cécité verbales et d'amnésie générale. A l'autopsie, on trouva deux petites plaques jaunes au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche et un immense foyer de ramollissement occupant presque toute la première circonvolution temporale et le pli courbe du même côté.

Dans la deuxième observation, la suppression des opérations du langage a été déterminée par une méningo-encéphalite tuberculeuse, dont les lésions sont restées exactement localisées à la partie moyenne de l'hémisphère gauche (partie postérieure de la troisième frontale, scissures de Sylvius, de Rolando et temporo-frontale.

VII. **Sur l'origine corticale du facial inférieur** ; par le Dr Raymond, agrégé, médecin de l'hospice des Incurables. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

On trouve dans ce travail outre la relation de plusieurs cas de paralysie faciale empruntés à différents auteurs une nouvelle observation de la même affection suivie d'autopsie, personnelle à l'auteur. Comme dans les cas analogues, la lésion occupait la circonvolution frontale ascendante (un tiers inférieur) du côté opposé à la paralysie. Les considérations qui suivent sont des tinées à montrer la concordance parfaite qui existe pour limiter à la frontale ascendante dans son tiers inférieur le centre des mouvements de la face. G. D.

VIII. **Un cas d'hémianesthésie de cause cérébrale avec mouvements anormaux du bras et de la jambe** ; par le Dr Raymond, médecin de l'hospice des Incurables. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

La malade qui fait le sujet de cette observation ne rentre pas

dans le cadre des hémichorées symptomatiques vulgaires; les inconvénients qu'elle présente ne peuvent, en effet, être comparés à ceux de la chorée, car ils ne sont ni involontaires ni continus ; ils ne se produisent qu'à l'occasion d'une excitation périphérique volontaire ou sensitive et présentent une exagération allant presque jusqu'à simuler l'épilepsie jacksonienne, ce qui prouve qu'à la suite des lésions cérébrales, même lorsque la zone corticale est indemne on peut observer tous les degrés dans les troubles de la motilité. G. D.

IX. Des localisations méningées et encéphaliques des affections catarrhales; par le Dr Raymond, médecin de l'hospice des Incurables. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

La conclusion de ce travail est, que le cerveau et les méninges n'échappent pas, comme l'avait déjà démontré M. Marotte, aux localisations des affections catarrhales, saisonnières ou épidémiques. A l'appui de cette conclusion se trouvent relatées plusieurs observations de fièvre catarrhale accompagnées d'encéphalite et même dans un cas de méningite suppurée.

X. De la méningite tuberculeuse survenant a la suite d'opérations chez les tuberculeux; service de M. Verneuil; leçon recueillie par M. Paul Berthod. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

XI. Deux cas de lésion cérébrale; par le Dr A. Brousse, chef de clinique de la faculté de Montpellier. (*Gaz. méd. de Paris*, 1884.)

Il s'agit de deux vieillards morts hémiplégiques ; les lésions trouvées à l'autopsie étaient conformes à la doctrine des localisations cérébrales.

XII. Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée ; par H. Hallopeau, agrégé à la faculté (*Union méd.*, 1885, t. XXXIX.)

Un homme âgé de quatre-vingt-trois ans, aortique, fut atteint soudainement d'une cécité complète en même temps que d'une agitation choréiforme dans la moitié gauche du corps et de mouvements de rotation. Ces accidents après avoir persisté pendant quelques jours avec intensité, se sont peu à peu dissipés. L'auteur pense qu'ils doivent être attribués à une embolie siégeant dans une des artères, qui se distribuent aux tubercules quadrijumeaux du côté droit et plus probablement dans l'une des branches antérieures. G. D.

XIII. Les localisations cérébrales de l'herpétisme ; par le Dr Lancereaux, leçon clinique recueillie par M. Œttinger. (*Union méd.*, 1885, t. XXXIX.)

Cette leçon est consacrée à la description deo symptômes, de l'évolution, des modes de terminaison et du traitement préventif de *l'ischémie*, du *ramollissement*, et de *l'hémorrhagie centrale*. Ces trois lésions, pour M. Lancereaux, ne correspondent pas à des maladies distinctes, ce sont des accidents alternes d'un même état général, l'athérome artériel ou endartérite généralisée. Cet athérome ne serait lui-même qu'une manifestation avancée d'un état morbide général que M. Lancereaux désigne sous le nom d'herpétisme, et auquel il rattache des troubles nerveux multiples, l'arthrite déformante, les varices des membres, etc... G. D.

XIV. Cas de méningite cérébro-spinale chronique; par W.-H. Hadden. (*Trans. of the path. Soc. of London*, 1884-85.)

Il s'agit d'un garçon de onze ans dont un frère était devenu monoplégique à la suite d'une attaque et qui présenta les premiers symptômes de méningite consécutivement à un traumatisme léger du crâne. Ch. F.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Base anatomique de l'épilepsie ; par Walter Hay. (*Bulletin Médical de Philadelphie*, févr. 1886.)

L'auteur désire appeler l'attention sur le pronostic de l'épilepsie liée à une lésion anatomique de l'encéphale; ce qui existe le plus souvent quand l'épilepsie date de longtemps. Les traumatismes du crâne et du cerveau sont souvent suivis d'épilepsie, qui, au début, peut être guérie par la guérison de la lésion initiale. Il a trois cas d'épilepsie traumatique personnels: le premier est celui d'une femme, qui survint à la suite d'une chute de cheval avec enfoncement des os. Il se proposait d'appliquer le trépan, qui fut repoussé par un médecin consul-

tant. Plus tard, les lésions étaient devenues définitives. Le second cas relate une chute sur le côté gauche de la tête, ayant enfoncé la suture sagittale, sur une longueur de trois quarts de pouce. Au bout de trois mois, l'épilepsie se développa et durait déjà depuis douze semaines quand W. Hay vit la malade. Il reconnut les traces d'une fracture sans dépression notable et proposa le trépan, mais deux chirurgiens s'y refusèrent. Le médecin ordinaire avait constaté un décollement du cuir chevelu, mais niait la fracture-trépanation, constatation de la fracture avec dépression. Pas de nouvelles postérieures de la malade. Un autre cas, soigneusement examiné, était celui d'un homme de trente-trois ans, épileptique depuis l'enfance. Le nombre exact d'années était impossible à préciser. C'était donc un épileptique permanent. Aucun renseignement ni du malade, ni du médecin qui le soignait depuis fort longtemps, ne pouvait faire penser à un traumatisme. Mais on sentait sur la tête une large dépression en arrière de l'apophyse mastoïde. Proposition de trépaner. On apprit alors que le malade avait fait, avant l'âge de trois ans, une chute de cheval. Dans ce cas, comme le montre l'opération, un fragment osseux d'un demi pouce de long avait été projeté contre le cerveau et adhérait par sa face externe à l'os nouveau, formé au-dessus de lui. On enleva cette esquille sous le chloroforme. Quatre jours après le malade pouvait se lever, mais les attaques continuèrent comme devant. L'intervention était trop tardive car les lésions cérébrales étaient définitives, mais elle n'en reste pas moins une pratique recommandable. (*Med. Bullet. de Philadelphie*, févr. 1886). P. C.

II. Contribution a l'étude de la folie épileptique; par F. Fischer. (*Arch. f. Psych.*, XV, 3).

Deux observations prouvant que, quoi qu'en ait dit Samt, il existe chez la femme une folie purement épileptique sans aucun mélange d'hystérie. Quelles que soient d'ailleurs les combinaisons entre elles des deux névroses, l'épilepsie se reconnaît à l'excitabilité impulsive, à l'absence de toute notion de morale élevée, de là des actes pervers ayant toutes les allures de délits volontaires. L'épileptique agit au gré de déterminations extrêmes; le raisonnement régulateur manque. Le caractère de la femme épileptique diffère de celui de l'homme atteint de cette névrose en ce que le mode d'accomplissement de l'acte procède chez elle d'un certain raffinement. On y découvre encore un facteur d'or-

dre sexuel (fausses sensations locales). Si, en ce qui concerne les accès rudimentaires, il est vrai qu'au premier abord, il semble n'y avoir pas d'uniformité symptomatique chez un malade donné (*Witkowsky*[1]) à raison de la prédominance de tel ou tel élément morbide aujourd'hui et demain, on réussit néanmoins par une observation minutieuse à déceler les symptômes frustes et, par suite, un ensemble psychopathique uniforme, non seulement dans un cas particulier, mais chez tous les épileptiques. Quant à la folie épileptique sans troubles de la connaissance, sans aucune lacune de la mémoire, cela n'existe pas, mais il y a lieu de tenir compte des observations de *Fuerstner*[2] et d'observer à toutes les minutes une affection éminemment nuancée. P. K.

III. L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS EN ESPAGNE; par A. SCHMITZ. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLI, 3.)

L'auteur conteste à Pinel le mérite d'avoir délivré les aliénés, en 1409, on aurait fondé à Valence la *Casa de Orates* ayant pour but le traitement diététique, moral, humain, des aliénés. Suit l'historique de la question en Espagne, sous tous ses aspects avec analyse de documents, tableaux, statistiques. En 1847, on y comptait 66 établissements hébergeant 1,626 aliénés, dont 1,475 entretenus par les communes et 151 pensionnaires; on ne comptait que 4 établissements provinciaux ayant le caractère d'asiles d'aliénés spéciaux. En 1880, il existe 26 asiles spéciaux contenant 2,164 aliénés de plus que les 66 établissements en question. Citons les asiles provinciaux de Mérida (fondé en 1852), Tolède (Badajoz, 1853), Valladolid (1852), Sarragosse (1859), Cadix (1862), Grenade (1855), Salamanque (1851), Séville (1853), Teruel (1864), Valence (1869). P. K.

IV. UN CAS DE PORENCÉPHALIE AVEC IDIOTIE ET RIGIDITÉ SPASMODIQUE CONGÉNITALE DES MEMBRES; par R. OTTO. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 1.)

Garçon de quatre ans présentant une série de phénomènes dont la suscription donne une idée suffisante (longue observation). Voici le résumé des altérations anatomo-pathologiques. Crâne d'un enfant de dix mois. Poids de l'encéphale = 470 gr., dont 130 gr. pour l'hémisphère droit, 180 gr. pour l'hémisphère gauche. Lacunes porencéphaliques dans les deux hémisphères, et cicatrices surajoutées dans l'hémisphère gauche. Les pertes de substance porencéphaliques de droite affectent un trajet général

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 231 et 257.

[2] Voy. *Revues analytiques*, t. V, p. 259.

représenté par une ligne qui, placée en avant du sillon perpendiculaire externe, descendrait après avoir contourné la face interne, entre le lobe pariétal et le lobe occipital pour se replier sous la face inférieure du lobe temporal et de là gagner la pointe antérieure de celui-ci ; à gauche, la direction est la même, seulement ici la ligne passe dans le sillon perpendiculaire lui-même et occupe dans tout son trajet une situation plus postérieure. La cicatrice de gauche porte sur le territoire de la scissure de Sylvius, à partir de la racine de la troisième frontale en enlevant un morceau de la deuxième frontale. L'irrégularité des destructions empêche la détermination précise partout des déficits. Ont manifestement disparu : à droite, la partie antéro-supérieure de l'avant-coin, les segments inférieurs des 2e et 3e temporales, une portion du pli courbe (gyrus angulaire) ; — à gauche, la 2e et une partie de la 3e temporale, un étroit morceau de la 1re occipitale et du gyrus angulaire, un étroit segment du début des 2e et 3e frontales. Toutes les parties voisines, si elles ne sont pas détruites, ont perdu leur morphologie normale : l'insula n'est plus, à droite ni à gauche, couverte par l'opercule. Anomalies multiples dans le développement et la direction des circonvolutions des divers lobes. (Voy. *le mémoire et les planches*.) Intégrité des autres parties du système nerveux, mais le pédoncule cérébral droit et la moitié droite du bulbe sont peu développées (pas d'altérations microscopiques). M. Otto adopte les opinions de Kundrat; dans l'espèce, l'anémie maternelle (surmenage moral et physique) a déterminé l'ischémie fœtale (ramollissement). L'état psychique de cet idiot se rattachait aux déformations et agénésies cérébrales; l'absence de la parole provenait de l'atteinte de la circonvolution de Broca du côté gauche. Quant aux phénomènes spasmodiques du tronc et des membres, sans anomalies de l'excitabilité électrique, sans atrophies, sans troubles de la sensibilité générale, sans perturbation dans le réflexe tendineux patellaire, sans clonisme podalique, émanaient-ils des destructions des ascendantes et de leur voisinage ? Les recherches d'Adamkiewicz sur la pression cérébrale (*Acad. des sciences de Berlin*, t. LXXXVIII, III. Oct. 1883) permettent d'incriminer ces régions. P. K.

V. Communication concernant les recherches sur les échanges nutritifs (bilan physiologique) des aliénés sitiophobes pendant leurs périodes d'abstinence ; par F. Tuczek (*Arch. f. Psych.*, XV, 3)[1].

Observation I. — Folie systématique chez une demoiselle de trente-deux ans. Hallucinations de l'ouïe. Idées de persécution entées sur des idées de grandeur. Période d'abstinence absolue

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*. t. IX p. 106.

de vingt-trois jours; puis la malade se remet spontanément à manger ; retour rapide du *statu quo* antérieur. — M. Tuczek n'intervient pas parce que l'introduction de la sonde œsophagienne nécessiterait une lutte (danger de lésion : pneumonie alimentaire), parce que cette lutte entraînerait des troubles trophiques et provoquerait de nouvelles idées délirantes, parce qu'antérieurement un épisode identique s'était évanoui de lui-même, parce qu'au début de ce second épisode la nutrition de la malade est en bon état, parce que, pendant son évolution, l'aliénée demeure au lit dans une chambre chaude (conservation de la provision de graisse de l'économie), parce qu'enfin aucun phénomène menaçant ne se montre.

Observation II. — Folie systématique chez une femme de trente-huit ans. Idées de persécution greffées sur des idées de grandeur. Abstinence incomplète de vingt-huit jours. — Les mêmes motifs s'opposent à l'intervention ; de plus, la malade prend presque chaque jour de petites quantités de liquide. Guérison.

Tableaux très détaillés à tous égards dont les conclusions sont consignées dans le compte-rendu du IXe Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest de 1884[1]. Les allures stœchiologiques en question diffèrent-elles de celles que présenterait un individu psychiquement sain se trouvant dans les mêmes conditions? Il faudrait faire des essais parallèles[2]. Il est remarquable de voir la diminution de l'excrétion indiquant une diminution de la nutrition (hibernation). Ces malades perdant peu d'albumine, l'expectation a sa raison d'être à la condition qu'on observe avec la plus grande conscience l'état des forces et qu'on prévienne toute complication physique. P. K.

VI. Communications casuistiques de l'asile d'Andernach pour la province du Rhin ; par O. Hebold. (*Arch. f. Psych.*, XV, 3.)

Observation I. *Gliome intramédullaire de la moelle épinière.* — Surprise nécroscopique. Homme de quarante-deux ans, atteint d'aliénation mentale depuis six mois (mégalomanie, phénomènes paralytiques, affaiblissement psychique). Il y a deux mois, sensation d'oppression douloureuse dans la moitié gauche du thorax ; accès passagers d'affolement cardiaque, suicide. *Autopsie.* Néoplasme occupant la portion centrale de la région cervicale de la moelle. Méningo-périencéphalite. Dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux dans les cordons antéro-latéraux et des cordons postérieurs. Planche à l'appui.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie.* t. IX, p. 107.

[2] Comparez avec le mémoire de Siemens, *Arch. de Neurologie*, t. IX, p. 268.

Observation II. *Glio-sarcome cérébral.* — Epilepsie. Tumeur occupant la couche optique et le corps strié d'un côté. Homme de quarante-deux ans; modification intellectuelle depuis onze ans; les premiers symptômes d'épilepsie datent de quatre ans; ils sont suivis d'hébétude et d'agitation : affaiblissement de la mémoire. Il y a trois mois, troubles de la vue, suivis de complète cécité. Aphasie. Pendant le dernier mois, état de mal avec hébétude permanente et secousses convulsives dans les extrémités droites. — *Autopsie.* Tumeur occupant à gauche une partie des ganglions centraux et de la couronne rayonnante du lobe temporal. Névrite étranglée des deux nerfs optiques, Hémorrhagies capillaires dans la substance grise de la moelle. Dégénérescence secondaire des cordons latéraux et postérieurs.

Observations III. *Cysticerques du cerveau et de la moelle.* — Femme de soixante-trois ans. Parents indemnes, mais sœur idiote, hémiparétique. Originalité, hystérie, accidents menstruels. Il y a sept ans, agitation due à des hallucinations de l'ouïe et à des idées de persécution. Gâtisme. Il y a six ans, première attaque d'épilepsie; depuis lors, attaques fréquentes souvent accompagnées de vomissements; il y a quatre ans, cécité. Phénomènes paralytiques; troubles de la sensibilité et de la parole. *Autopsie.* Un cysticerque sous la pie-mère spinale; nombreux cysticerques sous la pie-mère encéphalique et dans l'écorce du cerveau; un cysticerque libre dans le ventricule latéral et l'espace duremèrien; cysticerques dans le myocarde et sous la plèvre costale. Deux dessins indiquent les endroits lésés. P. Kéraval.

VII. Du suicide dans les asiles d'aliénés; par Hasse (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLI, 3).

Le suicide est le cauchemar du médecin d'asile. Statistique à cet égard de l'asile de Kœnigslutter depuis sa fondation (1er décembre 1865 au 1er janvier 1884); en tout dix suicides. L'auteur en relate les obsevations en les accompagnant d'analyse critique très complète. En somme, la proportion des suicides par rapport aux 4089 malades traités ou hospitalisés en dix-huit ans, est de 0,00025 p. 100. Les observations prouvent : 1° qu'aucune forme d'affection psychique n'échappe au suicide, à l'exception peut-être de la manie pure; 2° que la mélancolie et la dépression douloureuse avec les idées délirantes qui l'accompagnent et l'affectivité passionnelle qui la concerne (angoisse) constitue le terrain générateur du suicide ; 3° que les hallucinations, notamment celles de l'ouïe (voix de Dieu, d'une puissance suprême, d'un époux, d'un parent, d'un enfant, de la loi) et aussi celles de la vue (apparitions indicatrices ou menaçantes) favorisent son exécution ; 4° qu'il peut encore y avoir suicide dans les cas de dépression brusque, momen-

tanée, d'obsession optative, de sensation, de réflexion subite, de méchanceté impulsive, d'extase. *Remèdes.* Les faits du quatrième groupe échappent à la répression prophylactique ; on sollicitera constamment la surveillance et l'on s'opposera à l'imitation (hystérique) en enlevant sur-le-champ le corps du délit (cadavre du suicidé), et en n'y faisant pas attention. On mettra dans un quartier spécial les malades qui sont sujets à des impulsions dépressives, soit qu'ils présentent une tournure d'esprit ou de délire pouvant y donner lieu, soit qu'ils offrent les caractères de l'imbécillité ou de l'épilepsie. Même pratique à l'égard des anxieux, des hallucinés dans ce sens. L'installation d'un service propre à ces malades et aux nouveaux arrivants, constitue, de même que les chambres d'isolement, l'appareil obligatoire de préservation. L'étude complète de chaque malade et son traitement moral sont affaire de technique médico-administrative, de tact, d'assistance, bonne, attentive, intelligente. P. K.

VIII. Sur une épidémie de fièvre typhoide a l'asile provincial d'Osnabruck ; par Rath (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLI, 3).

L'affection fut importée par un des médecins de l'établissement. L'auteur suit la contagion pas à pas. Il attribue cette contamination (culture du germe et sa propagation) à l'encombrement, à la défectuosité partielle des latrines, à des lacunes hygiéniques d'ordre architectural. Chose remarquable, le quartier d'infirmes et de gâteux, les aliénés et les serviteurs occupés à la buanderie demeurèrent indemnes. Aucune accusation à formuler contre l'eau potable (puits à 70 mètres foré dans le roc), contre le sous-sol (rocailleux, pur de toute souillure). La contagion n'eut pas lieu de personne à personne, mais d'un édifice à un autre, d'un étage à un autre, de chambre à chambre : foyers d'infection disséminés dus évidemment aux lieux d'aisance. Sur quatre cent cinquante aliénés, vingt-quatre furent atteints, les trois quarts étaient des femmes, dont la moitié avait de vingt-six à trente-cinq ans. Sur quatre-vingt-cinq individus sains d'esprit, cinq tombèrent malades. L'évolution, identique, comme type, chez tous, parut plus atténuée et moins longue chez les aliénés ; elle dura, en moyenne, vingt-deux jours chez eux, aboutit à une convalescence courte, ne détermina pas de lésions consécutives et se traduisit, en général, par une éruption roséolique très peu marquée ainsi que par des accidents typhiques bénins. La température rectale fut classique dans la folie primitive et dans la folie systématique, monta rapidement dans la démence consécutive, et persista en plateau jusqu'à la fin, sans autres conséquences d'ailleurs. Le bain froid abaissa la température de 1°, 5 à 2° chez les typhiques non aliénés et de 0,5 à 1° chez les typhiques déments. Durée to-

tale moyenne des typhiques sains d'esprit, trente et un jours. Une démente profonde de quarante-deux ans eut, le premier jour, 34°,6 ; ascension lente les deux jours suivants à 40°,1, le quatrième jour, 36°, puis réascension permanente ; les bains froids produisaient une hypothermie de quelques dixièmes ; le thermomètre marquant un jour 41°,2 depuis douze heures, on la plonge dans l'eau froide et on ramène la température à 40° ; mais deux heures plus tard on constate 41°,1. Du reste pas de coma, défervescence dès la quatrième semaine. Deux morts parmi les aliénés ; en un cas, il s'agissait d'un dément de quarante-deux ans (hypostase pulmonaire à la quatrième semaine); dans l'autre, on avait affaire à une démente épileptique de cinquante-quatre ans (état de mal dès le début de la fièvre typhoïde ; mort le dixième jour). Leur autopsie révéla dans les deux cadavres les altérations typhiques caractéristiques, plus, chez l'homme, de l'anémie avec œdème cérébral et, chez la femme, de l'hyperémie cérébrale notamment des ganglions centraux et de l'écorce. Cinq observations à l'appui.

Dix aliénés présentèrent, quelle que fût la forme psychopathique, de l'amélioration psychique au cours de la fièvre typhoïde (aucun paralytique général ne fut atteint de fièvre typhoïde). Dans la plupart des cas, cette amélioration commença dès les premiers symptômes typhiques, par conséquent, il y aurait lieu d'invoquer comme agent modificateur l'action excitante du ferment bactério-typhoïde. P. K.

IX. Sur les troubles de la faculté de lire chez les paralytiques généraux ; par G. Rabbas (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLI, 3).

A l'exemple de Weiss (Compendium de psychiâtrie de 1881, p. 118) et sur les assertions de Riegér (communication orale), M. Rabbas a déterminé l'état des facultés de ces malades à la lecture. Il a choisi dans ce but des morceaux de prose ou de vers dépourvus de mots peu usités, faciles à lire et à comprendre pour tous les prolétaires (voy. le mémoire), mais contenant à dessein des vocables qui exigent une certaine peine et quelque attention. Chaque malade lit celui qu'on lui propose sur une feuille choisie et comme qualité de papier et comme valeur typographique, tandis que l'examinateur suit le même texte sur une autre feuille et note à l'aide d'un crayon les erreurs afin de transcrire, une fois l'expérience terminée, le texte estropié. On veille à ce que le patient suive exactement avec le doigt chaque ligne et chaque mot, on a examiné auparavant son acuité visuelle, sa réfraction, son accommodation, son fond d'œil, afin d'éliminer les cas douteux, et de remédier aux perturbations dioptriques : l'activité cérébrale est par conséquent seule en jeu. On interroge finalement le malade sur le texte, le sens qu'il lui donne, les erreur

qu'il a commises. Dans ces conditions, les paralytiques généraux, du reste généralement convaincus de la correction de leur lecture, substituent des mots dépourvus de sens aux mots corrects, et leur substitution varie, pour chaque individu, avec chaque nouvel essai. Il existe une progression morbide de la lecture en rapport avec la progression de la démence, avec les périodes d'exacerbation; un retour à la normale parfait se verra, par exemple, dans les phases d'accalmie. Il s'agirait d'une *paralexie spéciale* indépendante d'aucun trouble de la parole, différente de la paralexie par aphasie de Kussmaul, qui ne procède d'aucune altération dans la faculté de saisir les symboles écrits, de les articuler; cette paralexie résulterait de ce que le paralytique, alors même qu'il parle avec aisance, qu'il comprend la valeur des caractères typographiques isolés ou associés, est dominé par son imagination qui, se donnant libre carrière, lui fait broder sur le texte soumis à son examen; il introduit involontairement des mots correspondant à des conceptions qui le préoccupent (profond délabrement du jugement et de la faculté de se critiquer soi-même), cela au stade précoce comme au stade tardif de l'affection. On note cependant que tous les autres aliénés continuent à pouvoir lire correctement de même que les gens les plus avancés en âge alors même qu'ils ne s'exercent plus. P. K.

X. Un cas de folie ayant duré sept ans : traitement par l'électricité; par Alex. Robertson. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

Ce cas est celui d'une femme de cinquante ans, atteinte de mélancolie avec hallucinations de l'ouïe et idées de suicide. En 1882, on commença le traitement par l'électricité (courant continu fourni par une pile de Leclanché à 40 éléments). Le pôle positif était appliqué au niveau du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, et le pôle négatif était promené lentement, du même côté de la tête depuis la région sourcilière jusqu'à l'occiput; les applications sur chacun des côtés de la tête duraient environ sept minutes: elles étaient faites tous les deux jours. Au bout d'environ cinq mois, la malade, qui était aliénée déjà six ans avant son entrée à l'asile, était complètement guérie, et, un an après sa sortie, la guérison s'était maintenue. Nous devons ajouter qu'on avait commencé par un courant de 15 à 20 éléments pour arriver progressivement jusqu'au courant fourni par 25 éléments, mais avec ce dernier courant, la durée des applications pour chaque côté de la tête était réduite à cinq minutes.

R. M. C.

XI. De l'exaltation dans l'alcoolisme chronique; par Bonville Bradley Fox. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1884.)

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

« 1° La folie de l'alcoolisme chronique est très souvent caractérisée « par de l'exaltation. — 2° Mais cette exaltation dans les idées « fausses se rencontre également dans divers types de folie et ne « peut par conséquent servir de base pour déterminer la classifi- « cation. — 3° Cette exaltation, dans certains cas, ne présente « aucun caractère qui puisse la faire distinguer de celle de la pa- « ralysie générale. Il arrive aussi, dans quelques cas, que les signes « physiques des deux affections présentent entre eux une si com- « plète ressemblance que le diagnostic différentiel ne peut être « établi que par l'histoire antérieure du malade ou d'autres cir- « constances se rapportant à la maladie; et même, dans quelques « cas rares, l'étude de la marche de la maladie peut seule tran- « cher la question. — 4° Dans l'alcoolisme chronique, les idées « d'exaltation sont habituellement fixes, constantes, impos- « sibles à déraciner. — 5° Cette persistance est due à ce qu'elles « sont sous la dépendance d'altérations cérébrales consécutives à « des hyperémies répétées. — 6° On ne peut rien, ou seulement « très peu de chose, pour les faire disparaître. » R. M. C.

XII. Un cas de folie circulaire; par Herbert Packer. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

Il s'agit d'une femme de soixante et un ans qui présentait tous les symptômes classiques de la folie circulaire : alternatives répétées d'excitation et de dépression, avec intervalle très court de santé mentale; cette malade avait subi deux condamnations, probablement pour des faits relevant de sa maladie; car on sait combien sont fréquents les démêlés des fous circulaires avec la justice.

R. M. C.

XIII. Un cas de manie aiguë s'accompagnant d'une affection quasi-aphasique du langage; par R.-B. Mitchell. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

Le malade était âgé de cinquante ans et atteint de manie aiguë; il est actuellement guéri. En dehors des symptômes ordinaires de la manie il a présenté des troubles spéciaux du langage. L'articulation était parfaite : le langage parlé ne présentait ni le caractère spasmodique, ni les espèces d'explosions fréquentes dans l'aphasie; on n'y remarquait ni temps d'arrêt ni mots inachevés. L'incohérence était absolue, plus complète même que dans la plupart des cas de manie. Le pouvoir de formuler une

proposition était absolument détruit, et à ce point de vue, malgré les paroles qu'il prononçait fréquemment, il était entièrement aphasique. L'attention, la perception ne paraissaient pas altérées; il différait même sensiblement en cela des maniaques ordinaires. Il obéissait aux ordres donnés. Lorsque, au bout d'une semaine ou deux, son état commença à s'améliorer, il ne répondait que par oui ou par non; encore paraissait-il craindre d'employer ces deux mots mal à propos et l'un pour l'autre, et quand il se trompait, il souriait de son erreur. Son écriture, les substitutions de mots qu'on remarque dans une lettre à sa mère étaient d'un aphasique. « Il semble que chez lui, dit M. Mitchell, « les centres physiologiquement inférieurs du langage (je veux « parler du langage intérieur) ayant été soustraits au contrôle « des centres supérieurs (centres d'inhibition), les groupes nerveux « qui servent au langage aient pris une activité automatique et « ataxique; de là un flot de paroles incohérentes soit pour ré- « pondre à une question, soit indépendamment de toute question « posée; de là aussi une entière impuissance à choisir ces paroles « ou à en diriger le sens. » R. M. C.

XIV. Sur quelques symptômes mentaux des affections cérébrales ordinaires; par le Dr Gasquet. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

C'est moins pour en tirer des conclusions que le petit nombre des faits observés par lui justifierait incomplètement que pour attirer l'attention sur une voie nouvelle ouverte aux recherches, que M. Gasquet publie quatre observations (une de sclérose multiple, une de syphilis, une de ramollissement cérébral chronique et une d'hémorrhagie cérébrale suivie d'hémiplégie), dans lesquelles il a pu constater l'existence de symptômes mentaux. Dans ces quatre cas, les troubles intellectuels étaient caractérisés par des idées de grandeur, variables dans leur nature et dans leur degré.

Sans parler de l'importance considérable que ces faits peuvent avoir au point de vue du diagnostic de la paralysie générale au début, l'auteur fait remarquer qu'il y a là un terrain clinique encore peu ou point exploré, et que beaucoup de praticiens passent ainsi probablement à côté de faits dont l'étude et le groupement seraient d'un grand intérêt, simplement parce que leur attention n'a pas été attirée sur ce point. R. M. C.

XV. Manie aiguë chez un jeune garçon de treize ans; par S.-A.-K. Strahan. (*The Journal of Mental Science*, juill. 1884.)

Cette observation est surtout intéressante en raison du très jeune âge du sujet; on sait en effet que les cas de manie aiguë

sont extrêmement rares avant la puberté. Les symptômes de la manie n'ont point été différents de ceux que l'on observe à un âge plus avancé ; il est à noter seulement que la mère et le frère de ce jeune malade étaient tous deux aliénés et internés dans un asile. R. M. C.

XVI. Sur quelques cas de paralysie générale avec sclérose latérale de la moelle épinière ; par G.-H. Savage. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

L'auteur rapporte cinq observations (dont quatre suivies d'autopsie) de paralysie générale s'accompagnant chez de jeunes sujets, de sclérose des cordons latéraux.

A l'autopsie, on trouvait chez ces sujets plusieurs circonvolutions atrophiées, sans toutefois que l'auteur puisse préciser quelles sont celles sur lesquelles porte le plus souvent cette atrophie ; il incline à penser pourtant que ce sont les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Souvent aussi, on trouve la moelle très atrophiée ; il existe, en outre, une altération grave des cordons latéraux et quelquefois de la colonne de Türck dans le cordon antérieur. Il serait très intéressant de savoir si l'atrophie des cordons latéraux est primitive ou secondaire, ascendante ou descendante. L'auteur pense que, dans certains cas, les altérations sont d'origine primitivement médullaire, tandis que dans d'autres, la sclérose latérale est consécutive à une atrophie ou à une dégénérescence des aires motrices corticales.

Plusieurs des hommes dont l'observation a été recueillie étaient incontestablement syphilitiques, et il est digne de remarque que, parmi les femmes, les unes étaient demeurées stériles et les autres n'avaient point d'enfants vivants.

Enfin, l'auteur signale un dernier fait, en se demandant toutefois s'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence : presque tous les malades observés présentaient aux pommettes une congestion capillaire très vive, et rappelant les plaques que l'on observe dans la cirrhose hépatique. R. M. C.

XVII. De l'alcool, considéré surtout comme boisson, dans les asiles d'aliénés ; par D. Hack Tuke. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1885.)

L'auteur a fait, auprès des médecins directeurs des asiles d'Angleterre, une enquête collective relativement à l'emploi ou à l'abandon des boissons alcooliques (principalement de la bière). Nous ne pouvons le suivre dans l'examen détaillé des réponses qui lui ont été adressées ; nous nous bornerons à noter que M. Hack Tuke

a été étonné de constater qu'un nombre de médecins beaucoup plus considérable qu'il ne l'avait supposé avaient totalement supprimé dans leurs asiles (sauf, bien entendu, à titre de médicament) l'usage des boissons alcooliques; il a été plus surpris encore de voir la plupart d'entre eux insister énergiquement sur les avantages qu'ils avaient retirés de cette suppression tant au point de vue de la santé des malades qu'à celui du bon ordre et de la discipline de l'établissement. R. M. C.

XVIII. Les évasions, la liberté, le bonheur, et les « portes ouvertes »; leur influence sur les malades des asiles; par Campbell. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1884.)

Après avoir étudié les évasions au point de vue des dangers qu'elles présentent pour les malades eux-mêmes, pour les personnes qui avoisinent l'asile, M. Campbell étudie les conditions de liberté qui peuvent contribuer au bonheur, au bien-être plutôt des aliénés internés, et il traite la question du système dit des « portes ouvertes ». Mais il se déclare insuffisamment éclairé actuellement pour la résoudre, et exprime le vœu qu'elle soit sérieusement approfondie dans ses conséquences et dans ses résultats.

R. M. C.

XIX. Guérisons inattendues : deux cas; par le Dr Willett. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1884.)

Le premier cas est celui d'un ecclésiastique de trente ans, qui, après un surcroit de travail, fut pris de troubles intellectuels caractérisés surtout par de la mélancolie religieuse (idées de possession, de damnation éternelle, etc.); peu de temps après son entrée à l'asile, il refusa de manger, devint malpropre, et l'on craignit que son état n'aboutit à la démence. Mais peu à peu cet état s'améliora, et, au bout d'un an, il put quitter l'asile complètement guéri.

Le second cas est celui d'un homme de vingt ans, présentant les symptômes ordinaires de la démence, et entièrement gâteux qui fut interné en 1856; en 1857, on note chez lui un accès de manie aiguë; on constate à la même époque qu'il se livre à la masturbation; en 1858, nouvel accès de manie. Ces accès se reproduisent à des intervalles plus ou moins éloignés jusqu'en 1882; les habitudes de masturbation persistent; survient une affection chirurgicale suivie d'une opération (castration unilatérale pour remédier aux accidents causés par l'enclavement dans le canal inguinal d'un testicule non descendu); à partir de ce moment, l'état du malade s'améliore, et, sans recouvrer son intelligence, il est délivré de ses fréquents accès de manie et devient calme, propre et docile. R. M. C.

XX. Imperfection mentale congénitale avec idées de persécution chez des jumeaux; par T.-W. Mac Dowall. (*The Journal of Mental Science*, Juillet 1884.)

Observation détaillée de deux jumeaux qui non seulement se ressemblent physiquement au point qu'on est littéralement dans l'impossibilité presque absolue de les distinguer l'un de l'autre, mais qui présentent en outre une forme de délire absolument identique et caractérisée par des idées de persécution greffées sur un état d'imbécillité déjà ancien. R. M. C.

XXI. Un cas de paralysie générale avec pachyméningite; par Geo H. Savage. (*The Journal of Mental Science*, Juillet 1884.)

L'observation peut se résumer ainsi :

Homme de soixante-et-un ans, malade depuis six mois, irritable, confondant les jours de la semaine, paraissant avoir eu des hallucinations de la vue, incapable d'enchaîner ses idées, de répondre aux questions, de dire son nom. Tremblement très marqué de la langue et des muscles de la face, grande hésitation de la parole, incertitude de la démarche. Deux mois après son entrée, il commence à avoir des séries d'attaques épileptiformes, et meurt vers le sixième mois. A l'autopsie, on constate sur le côté gauche du cerveau de la pachyméningite avec hémorrhagie : membrane nettement formée, et dont l'aspect donne à penser qu'une fine membrane s'est constituée et qu'il est survenu récemment une hémorrhagie nouvelle qui n'a pas dépassé la période de coagulation. A la base, la membrane fine se détache facilement de la dure-mère. R. M. C.

XXII. Hémi-chorée post-hémiplégique associée a la folie; par W. Bevan Lewis. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1884.)

Les réflexions dont l'auteur fait suivre cette observation en signalent les principaux points intéressants; nous nous bornerons à les résumer ici :

Cette femme, âgée de soixante et un ans, est un exemple de cette association de la chorée et de la folie qu'il n'est pas très rare de rencontrer dans les asiles d'aliénés. Elle était manifestement choréique, mais la chorée se présente sous des formes multiples, et il n'était pas facile de savoir à quel genre on devait rattacher les symptômes qu'elle présentait. Elle avait eu du rhumatisme articulaire, en sorte qu'on trouvait ici la diathèse habituellement concomitante de la chorée; de plus si les émotions nerveuses sont capables de déterminer l'apparition des phénomènes choréiques, toutes les misères dont cette femme avait souffert pouvaient être considérées comme rattachant sa maladie à cette cause. —

Si l'on passe en revue les symptômes, on note que les phénomènes convulsifs étaient limités au côté droit, et l'on s'attend par conséquent à trouver une distribution hémisphérique des lésions expliquant le caractère unilatéral des spasmes choréiques. On note d'autre part que le début et les progrès de la maladie remontent à une hémiplégie droite partielle, avec aphasie : cette hémiplégie portait sur la face et le bras; la jambe en était indemne; la guérison fut lente, et lorsque le bras droit eut recouvré une certaine force, il devint, ainsi que la jambe, les muscles de la face et ceux de l'articulation de la parole, le siège de mouvements choréiques. Cela étant, on pense de suite à un cas ordinaire de chorée post-hémiplégique, tels que ceux où il existe une lésion massive dans le segment postérieur de la capsule interne, avec propagation à la couche optique : mais il faut remarquer qu'ici, *le spasme choréique ne s'accompagnait d'aucune rigidité tonique :* il faut donc rayer ce cas de la catégorie des mouvements choréiformes consécutifs à une lésion des fibres convergentes en éventail voisines de la capsule. On ne peut pas davantage le ranger parmi les cas décrits par Gowers sous le nom d'hémi-ataxie, le sens musculaire et la direction des mouvements étant parfaitement conservés.

L'auteur signale d'autre part l'extrême paresse des réflexes cruraux profonds, et l'abolition presque complète du réflexe du genou des deux côtés; en revanche le réflexe du triceps, aboli à gauche, était très exceptionnellement vif au bras droit, et le biceps du même côté donnait la réaction de dégénérescence. S'appuyant sur ces faits, et par des motifs qu'il déduit, l'auteur n'hésite pas à attribuer à cette chorée une origine cérébrale plutôt que spinale.

Recherchant ensuite la nature de la lésion, et rappelant que l'attaque n'avait pas été accompagnée de perte de connaissance, que la malade était âgée de soixante et un ans, qu'il n'y avait pas d'albumine dans l'urine, qu'il existait une diathèse rhumatismale, M. Lewis conclut à un ramollissement consécutif à une obstruction par embolie ou à une thrombose.

L'autopsie montra des plaques de ramollissement disposées d'une façon parfaitement symétrique sur l'aire motrice des deux hémisphères, au niveau du tiers moyen de chacune des circonvolutions pariétales ascendantes : ce ramollissement paraissait lié à une thrombose veineuse résultant d'une obstruction partielle du sinus latéral et de l'extension d'un caillot organisé et ancien aux petites veinules de la région du vertex : la circonvolution supramarginale gauche et le pli courbe étaient également atteints. En dehors même de la distribution significative de ces ramollissements, l'auteur rappelle que les conditions qui se trouvaient réunies sont précisément celles qui, suivant Hughlings-Jackson et Broadbent, doivent se réaliser pour que la chorée apparaisse. — Par une erreur regrettable, le cerveau et la moelle ne furent

l'objet d'aucun examen microscopique : mais il existait une petite hémorrhagie intéressant le ganglion lenticulaire gauche, et une extravasation sanguine beaucoup plus considérable à la région préfrontale ; M. Lewis considère ces faits comme révélateurs d'une obstruction veineuse générale dans le cerveau, obstruction que l'examen microscopique aurait probablement permis de rattacher à des oblitérations capillaires des régions ganglionnaires de la base.

Au point de vue mental, le phénomène le plus intéressant était une apathie extrême, allant presque jusqu'à la torpeur. C'est là un symptôme mental que l'auteur dans un précédent mémoire, avait rattaché à l'atrophie des lobes frontaux ; il rangerait volontiers le cas actuel parmi ceux qui viennent à l'appui de cette opinion. R. M. C.

XXIII. REMARQUES SUR LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE COLLECTIVE SUR LES CAUSES DE LA FOLIE ; par HERBERT C. MAJOR. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

Cette enquête annuelle a commencé à fonctionner en 1876 ; M. Herbert Major estime que les résultats qu'elle a déjà donnés et ceux qu'elle donnera dans l'avenir présentent un intérêt réel ; nous reproduisons ici, d'après son mémoire, les plus importants de ces résultats ; ils ont trait à la proportion des différentes causes de folie dans les deux sexes.

Chagrins de famille (y compris la perte de parents ou d'amis) : le tableau suivant montre que la proportion des cas dus à cette cause est très uniforme, qu'elle est plus élevée (et il faut ajouter : régulièrement plus élevée) chez la femme que chez l'homme.

1876.	Hommes :	3.4	p. 100.	Femmes :	9.2	p. 100.
1878[3].	—	3.8	»	—	9.8	»
1879.	—	3.8	»	—	9.5	»
1880.	—	4.2	»	—	9.1	»
1881.	—	4.3	»	—	10.1	»
1882.	—	4.2	»	—	10.3	»

Adversité (comprenant les inquiétudes d'affaires et les embarras pécuniaires) ; le rapport qui existait entre les deux sexes pour la cause précédente est ici exactement renversé.

1876.	Hommes :	6.4	p. 100.	Femmes :	3.3	p. 100.
1878.	—	7.2	»	—	3.2	»
1879.	—	8.3	»	—	3.6	»
1880.	—	7.9	»	—	3.3	»
1881.	—	8.8	»	—	3.3	»
1882.	—	9.2	»	—	4.0	»

[3] Les réponses pour l'année 1877 n'ont pas été recueillies.

Inquiétudes et peines morales (d'autre nature que dans les deux paragraphes précédents) et excès de travail. Ce groupe de causes paraît avoir dans les deux sexes une proportion sensiblement égale ; aussi la proportion est-elle donnée pour les deux sexes réunis :

1876.	5.3 p. 100.
1878.	5.9 »
1879.	6.2 »
1880.	5.7 »
1881.	5.7 »
1882.	5.6 »

Excitation religieuse. Cette cause fournit toujours une proportion sensiblement plus élevée chez la femme : la proportion totale varie de 2 à 3 p. 100.

Amour (y compris la séduction). La prépondérance de cette cause est très nettement accusée chez la femme ; le sexe masculin ne fournit ici qu'une proportion uniformément insignifiante.

Frayeur ; choc nerveux. La proportion est ici moins régulièrement uniforme ; toutefois, ce groupe de cause agit manifestement plus souvent chez la femme.

1876.	Hommes :	0.7 p. 100.	Femmes :	1.9 p. 100.
1878.	—	1.2 »	—	2.0 »
1879.	—	0.9 »	—	1.5 »
1880.	—	0.7 »	—	1.9 »
1881.	—	1.0 »	—	2.1 »
1882.	—	0.9 »	—	1.7 »

Le tableau suivant donne la mesure de l'influence étiologique exercée par l'*intempérance* dans les deux sexes :

1876.	Hommes :	22.7 p. 100.	Femmes :	7.3 p. 100.
1878.	—	21.3 »	—	7.9 »
1879.	—	21.1 »	—	7.6 »
1880.	—	19.3 »	—	6,5 »
1881.	—	19.3 »	—	6.6 »
1882.	—	19.6 »	—	6.8 »

Ici, M. Herbert Major fait remarquer que cette proportion paraît inférieure à celle que l'on attribue généralement à cette cause, ce qui tient probablement à ce fait que, aux termes du questionnaire, on n'a attribué à l'intempérance que les cas qui sont sous la dépendance *directe et exclusive* des excès alcooliques.

Les *excès vénériens* donnent une proportion toujours faible, mais invariablement plus élevée pour l'homme que pour la femme ; il en est de même des *maladies vénériennes.*

La proportion des cas dus à la *masturbation* augmente chaque année pour les hommes, sauf en 1881 et 1882, où elle baisse d'en-

viron 1 p. 100. L'auteur ne trouve à cet abaissement qu'une explication plausible : il pense que peut-être, depuis quelques années, on tend à faire de la masturbation un symptôme des troubles cérébraux bien plutôt qu'une cause d'aliénation.

L'*excès de fatigue physique* donne pour toutes les années et pour les deux sexes une très faible proportion. M. Herbert Major pense que l'on pourrait supprimer cette cause ; peut-être, en effet, serait-il plus conforme à la réalité des faits d'incriminer l'insuffisance que l'excès d'exercice physique.

L'*insolation* fournit chez les hommes une proportion uniforme qui n'excède que peu 2 p. 100 ; chez les femmes, cette proportion est à peine appréciable.

Les *accidents*, les *blessures* donnent une proportion d'environ 5 p. 100 par an pour les hommes, et de 1 p. 100 pour les femmes.

La *grossesse*, l'*accouchement*, l'*état puerpéral* et la *lactation* réunis en un seul groupe donnent une proportion de 9 à 10 p. 100.

Les *privations*, l'*inanition*, prédomineut chez la femme comme cause d'aliénation mentale.

La *vieillesse* (qui ne figure dans le questionnaire que depuis 1878) fournit les chiffres suivants :

1878.	Hommes :	3.5 p. 100.		Femmes :	4.1 p. 100.	
1879.	—	3.3	»	—	4.5	»
1880.	—	3.1	»	—	4.3	»
1881.	—	3.6	»	—	4.1	»
1882.	—	3.7	»	—	4.3	»

Les *autres affections* ou *troubles organiques* donnent un chiffre de 9 à 11 p. 100 dans les deux sexes.

Les *accès antérieurs d'aliénation mentale* sont en proportion sensiblement plus élevée chez les femmes, ainsi qu'on le verra par les chiffres ci-dessous :

1878.	Hommes :	11.1 p. 100.		Femmes :	14.8 p. 100.	
1879.	—	11.2	»	—	14.4	»
1880.	—	13.4	»	—	16.6	»
1881.	—	14.5	»	—	18.8	»
1882.	—	13.2	»	—	18.4	»

L'*influence héréditaire* paraît également se faire sentir d'une façon plus marquée chez la femme : les chiffres sont les suivants :

1876.	Hommes :	14.1 p. 100.		Femmes :	17.1 p. 100.	
1878.	—	16.3	»	—	18.8	»
1879.	—	17.3	»	—	20.2	»
1880.	—	19.6	»	—	21.0	»
1881.	—	18.2	»	—	21.2	»
1882.	—	18.6	»	—	21.8	»

L'influence des *malformations congénitales* est plus souvent cons

talée chez l'homme que chez la femme, ce qui confirme d'ailleurs l'opinion exprimée par Boyd et plusieurs autres auteurs; le tableau suivant en indique la fréquence :

1876.	Hommes :	6.7	p. 100.	Femmes :	4.1	p. 100.
1878.	—	5.9	»	—	3.7	»
1879.	—	4.8	»	—	3.5	»
1880.	—	5.4	»	—	3.5	»
1881.	—	5.3	»	—	3.3	»
1882.	—	5.4	»	—	3.3	»

R. M. C.

XXIV. Folie chez des jumeaux; par A. Fllintoff-Nickle. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1883.)

Sous ce titre, l'auteur rapporte l'observation de deux jumeaux, âgés de quarante ans, présentant l'un avec l'autre une ressemblance frappante : tous deux sont atteints d'imbécillité, et le degré de la faiblesse intellectuelle est sensiblement le même chez l'un et l'autre. Tous deux sont très irritables, sujets à des paroxysmes de colère, très dépravés et enclins au vol. Ils sont de la même taille; leur structure et leur aspect sont à peu près identiques; il existe toutefois entre eux une différence dans l'expression de la physionomie; en effet, le plus jeune a une expression sournoise, tandis que le visage de l'aîné s'éclaire habituellement du large et immuable sourire des imbéciles. R. M. C.

XXV. De la surveillance constante des aliénés enclins au suicide; par G.-H. Savage. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

Dans ce court travail, M. Savage expose les raisons qui militent contre la surveillance continuelle des aliénés enclins au suicide : il pense que cette surveillance trop attentive, trop ostensible, devient en quelque sorte obsédante pour le malade, qu'elle porte atteinte au calme nécessaire à sa guérison, et que même, par son caractère quelque peu irritant, elle peut parfois être de nature à entretenir l'idée de suicide et à pousser le malade à en tenter l'exécution comme par défi. Sauf en ce qui concerne quelques cas exceptionnels, l'auteur estime qu'il faut se contenter d'une surveillance très discrète, ne dépassant pas les limites de la surveillance commune; il faut aussi faire appel à l'empire plus ou moins complet que le malade a conservé sur lui-même et lui montrer la confiance que l'on a en lui et en sa force de volonté. Sans doute, par cette méthode, on aura quelques accidents qui seront très regrettables en eux-mêmes et au point de vue de l'impression produite sur le public; mais M. Savage confesse qu'il

ne se préoccupe guère de l'opinion publique lorsque la guérison des malades est en question, et il pense qu'il vaut mieux courir le risque de voir un malade se suicider que de compromettre, par des mesures inopportunes, le salut des autres malades qui sont susceptibles de guérison. R. M. C.

XXVI. Un cas de démence avec aphasie. Atrophie (*avec sclérose?*) de l'hémisphère cérébral gauche; par Arthur Rannie. (*The Journal of Mental Science*, avril 1884.)

Voici les points les plus saillants de l'observation clinique : 1° amnésie avec agraphie; 2° parésie des membres supérieur et inférieur droits; 3° accès convulsifs affectant les membres du côté droit et les muscles de la face du même côté; 4° nystagmus horizontal à droite. Corrélativement aux trois premiers symptômes, il est intéressant de noter que les circonvolutions pariétale ascendante, sus-marginale, angulaire et temporo-sphénoïdale supérieure étaient les plus atrophiées de toutes. L'examen microscopique n'a malheureusement pas pu être fait; il est plus que probable qu'il aurait révélé de profondes altérations des éléments du tissu nerveux.

L'observation du malade et l'autopsie sont relatées avec détail dans ce mémoire qu'accompagne une planche intéressante.

R. M. C.

XXVIII. Note sur un cas de folie impulsive; par Richard Greene. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1883.)

Le cas rapporté par M. Greene ne s'écarte guère du type des actes homicides dus à la folie impulsive. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, très bon sujet, n'ayant présenté jusques là que des troubles mentaux à peine appréciables et méritant plutôt la qualification de simples bizarreries, qui, un soir, en sortant d'une réunion religieuse, et après une lecture pieuse, commit sans motif appréciable une tentative d'homicide sur la personne de sa mère qu'il aimait beaucoup et pour laquelle il s'était montré, ce soir-là particulièrement affectueux. Il déclara qu'il avait fait tout ce qu'il avait pu pour résister à l'impulsion homicide, à laquelle il avait malheureusement fini par succomber. L'acte commis, « quelque chose l'avertit qu'il avait commis une mauvaise action et il se sentit le cerveau en feu ». Il témoigna d'ailleurs une grande joie lorsqu'il apprit que sa mère n'avait pas succombé à ses blessures.

Il fut acquitté, mais l'auteur signale avec raison comme au moins étrange, au point de vue médical, l'opinion formulée par

le magistrat, qui, en s'adressant au jury, déclara que, pour acquitter l'accusé pour cause de folie, il ne suffisait pas que sa folie fût démontrée, mais qu'il fallait encore avoir la certitude que, par suite de sa folie, il était incapable de savoir que l'action qu'il commettait était mauvaise. Ainsi, dit M. Greene, « le fait seul de la folie ne suffirait pas pour plaider la folie », et il s'étonne avec raison que le juge criminel se montre si exigeant sur les preuves de l'aliénation, alors que le moindre soupçon de trouble intellectuel suffit au magistrat pour annuler un contrat civil. Il rappelle en terminant que les dispositions du Code français sont beaucoup plus conformes à la logique des faits. R. M. C.

XXIX. Contribution a l'étiologie de la paralysie progressive, en tenant plus particulièrement compte de l'influence de la syphilis ; par C Reinhard. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* XLI, 4-5.)

Les causes de la paralysie générale sont en première ligne la lutte pour la vie, puis l'ivrognerie (du moins pour les femmes); la syphilis n'occupe que le troisième rang et l'hérédité le quatrième; au dernier plan viendraient les professions nocives, les traumatismes céphaliques, les maladies aiguës, etc. P. K.

XXX. Guérison d'une psychose sous l'influence d'un érysipèle de la tête ; par H. Landerer. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLI, 4-5).

Mélancolie en voie d'évolution vers la démence incurable, chez une jeune fille ; sur ces entrefaites, apparaît un érysipèle de la face qui gagne le cuir chevelu et entraîne une suppuration profonde et étendue; peu de fièvre. A mesure que l'érysipèle gagne, les troubles psychiques rétrocèdent. Finalement, l'accident somatique et l'aliénation mentale guérissent complètement. La malade était folle depuis sept mois, quand survint l'érysipèle; sa santé mentale n'a plus rien laissé à désirer depuis plus de deux ans. Peut-être, dans les cas de psychopathie inquiétants, serait-il bon de provoquer un foyer de suppuration céphalique quand les forces physiques des malades le permettent, à la condition de surveiller minutieusement, à l'aide de la méthode antiseptique, la suppuration provoquée. P. K.

XXXI. Un cas de prolifération de l'épendyme, avec sclérose sous épendymaire dans le domaine des ventricules latéraux, dans la paralysie générale (*Contribution à l'étude de l'hyperplasie fibreuse pathologique*) ; par M. Friedmann. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2.)

L'intérêt de cette observation, très complète, au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique, histologique gît dans les

conclusions qu'en tire M. Friedmann. Les cellules-araignées, dit-il, sont fibro-plastiques; c'est d'elles qu'émane le tissu scléreux; les couches de fibres conjonctives de nouvelle formation procèdent des prolongements fins et moyens qui partout sortent du corps même de la cellule et de la pointe de ses pôles les plus puissants; là, on constate une moindre consistance que dans les tractus réellement scléreux, c'est que la texture est un peu différente, les cellules-araignées se trouvant plus espacées et pour ainsi dire séparées les unes des autres par de nombreux vaisseaux. Pour suivre pas à pas la genèse de la lésion et les interprétations de l'auteur, il est indispensable de lire le mémoire. P. K.

XXXII. De l'influence exercée par la grossesse sur les troubles psychiques; par J. Peretti. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2.)

Sur vingt-trois cas de grossesse chez les aliénées, quinze observations seulement remplissent les conditions favorables à l'appréciation de l'influence en question. L'auteur les relate en les résumant; voici ses conclusions. Il est exceptionnel de voir la guérison de l'aliénation mentale survenir pendant une grossesse engendrée au cours d'une psychose curable : dans la pluralité des cas, l'état de gravidité exerce une influence défavorable sur la folie, sans que la grossesse aggrave absolument toujours le pronostic, généralement l'aliénation mentale devient, sous son influence, plus grave, la guérison plus douteuse, et cela d'autant plus que la perturbation psychique a précédé de plus longtemps la conception. Il va de soi que la gravidité n'exerce aucune action sur des psychoses ayant entraîné la démence; mais alors, il est assez fréquent de voir la délivrance suivie d'une plus grande agitation passagère; parfois en revanche, grossesse et délivrance évoluent chez une aliénée avec une bénignité, une aisance remarquable, même si on compare leur évolution à celle des grossesses et délivrances antérieures à l'aliénation mentale. P. K.

XXXIII. Contribution a l'étude de l'incohérence ou désordre dans les idées hallucinatoire aigu; par E. Konrad. (*Arch. f. Psych*, XVI, 2.)

M. Konrad sous ce titre prétend constituer une entité clinique souvent méconnue et confondue par les auteurs anciens et modernes avec la manie et la mélancolie. Il en trace les caractères de la façon suivante. Un *stade hallucinatoire* précède généralement les autres, assez souvent tout se borne à ce stade qui alors se termine d'emblée par guérison ou démence définitive; ce stade débute par un état de dépression en rapport avec des hallucinations; puis, le genre des hallucinations changeant, se montre une agitation maniaque à forme gaie; finalement la tristesse reparaît,

etc...; les actes et les idées sont d'une incohérence notoire due à la multiplicité et à l'évolution protéiforme des hallucinations sensorielles. Durée : depuis quelques heures à quelques semaines, voire quelques mois. Il n'est pas rare alors de voir le malade s'incarner dans la peau de grands personnages, émettre des idées de grandeur et de persécution, désordonnées, confuses, non systématiques et toujours passagères (Obs. I) à l'occasion d'assonances, d'association d'idées quelconques, puis subir les effets de l'hyperidéation et entrer alors dans la forme maniaque du second stade. Ce second stade est d'ailleurs un stade tantôt de *manie aiguë* (disparition des hallucinations, suridéations, besoin de mouvement (Obs. II); tantôt de *stupidité* avec ou sans phénomènes musculaires cataleptoïdes ou tétanoïdes (catatonie), stupidité parfois si précoce qu'il semble ne pas y avoir eu de stade hallucinatoire aigu (Obs. III); tantôt enfin de *manie compliquée de stupeur* (état mixte de l'Obs. II). Cette maladie, qui porte surtout sur des sujets de vingt à trente ans, se termine généralement par la démence; la démence frappe surtout dans les cas d'évolution compliquée ou d'état mixte ainsi que dans la forme se bornant au stade hallucinatoire; elle se montre assez souvent à la suite du stade de stupidité (démence apathique); le passage du stade hallucinatoire à celui de manie aiguë comporte un pronostic favorable; la guérison, qui a généralement lieu dans les trois à huit premiers mois, peut encore s'effectuer au bout d'un an ou deux. Pour le reste, voir le mémoire. P. K.

XXXIV. Contribution a l'étude de la folie transitoire; par de Krafft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1.)

Deux rapports médico-légaux : 1° Un individu de quarante-sept ans, ayant, il y a vingt-quatre ans, reçu en plein front un coup de pied de cheval, et, il y a quatre ans, été atteint d'une affection grave avec phénomènes cérébraux (vingt-cinq jours de durée) d'un caractère irritable, supportant mal la chaleur et les boissons alcooliques, est le 12 mai 1884 accusé de larcin. Il boit et frappe l'accusateur d'une brique à la tête. On le trouve, après cette *violence*, étourdi, sans voix, sur l'herbe; il n'a conservé qu'un vague souvenir de ce qui s'est passé. Aucun signe d'épilepsie. L'auteur conclut à l'irresponsabilité. 2° Un homme de quarante-quatre ans, atteint depuis plusieurs mois de faiblesse irritable, peiné et irrité des débordements conjugaux de sa femme, se rencontre avec l'amant de celle-ci, le provoque en duel; sur son refus blessant, il tire un revolver et blesse son épouse. Amnésie incomplète du temps qui s'est écoulé entre le moment où il a tiré, et celui où il a repris conscience de lui-même, sous l'influence des gémissements de sa femme. Irresponsabilité. P. K.

XXXV. La sensation sexuelle contraire (*inversion du sens génital*) devant la médecine légale; par de Krafft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1.)

Rien de nouveau, si ce n'est l'autobiographie de deux invertis hommes, brûlant d'amour pour de beaux mâles. La construction psychique spéciale de ces individus, au point de vue de l'esthétique sexuelle, exige qu'on prenne à leur égard un parti médico-légal et social. Ils sont, en effet, réduits ou à garder une continence fatale à leur santé, ou à se masturber, ce qui les ruine au même degré, à moins qu'ils ne se suicident. L'auteur appelle l'attention des savants, des jurisconsultes, des socialistes, des médecins, des philanthropes sur ces malades qui ne sont ni des aliénés, ni des pervers. Mais il ne propose pas de solution. Actuellement on connaîtrait trente-deux observations d'hommes sentant comme des femmes, et cinq observations de femmes sentant comme des hommes. L'inverti, ajoute-t-il, se contente de tâter son ami, de se frotter, de se placer sur lui comme dans le coït, ou de se faire masturber très légèrement, il lui suffit de peu de chose pour éjaculer et éprouver l'orgasme vénérien au même moment que son conjoint anormal. Il en est de même pour l'invertie. Il n'y a donc pas là de crime contre nature, nocif; la loi n'a donc rien à y voir, surtout lorsqu'il s'agit de majeurs fonctionnant à huis clos. Sources littéraires : Mademoiselle Giraud, ma femme — Fridolin's heimliche Ehe, par A. Wilbrand — Brick and Brack oder Licht im Schatten. E. Stadion. P. K.

XXXVI. Des troubles de la motilité volontaire dans la folie simple; par C.-F.-W. Roller. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 1.)

C'est-à-dire examen des mouvements volontaires ou conscients dans des formes psychopathiques où il n'existe ni convulsions, ni paralysies, ni ataxies. L'auteur passe en revue les *troubles de la voix*, les *troubles de la parole*, les *actes impulsifs*, les *actes paradoxaux* (allures gaies d'un malade triste, par exemple), les *actes automatiques* (auxquels le moi est parfaitement étranger), les *actes dus à l'excès d'innervation involontaire des muscles antagonistes* (états cataleptoïdes et cataleptiques; tel malade refusera d'aller au lit, de se mettre au bain, qui, une fois au lit et dans le bain, ne voudra plus en sortir), les *mouvements occasionnés par des hallucinations*, les *troubles de la motilité chez de très jeunes aliénés* (trois exemples de mouvements automatiques chez des enfants de moins de dix-huit ans), *l'action du mouvement des muscles sur la conscience* (l'activité musculaire provoquerait souvent ou augmenterait l'excitabilité psychique ; de là l'alitement comme traitement de l'agitation, de là la production ou la modification des rêves).

Dans un dernier paragraphe intitulé : *Complexité et autonomie de l'appareil moteur*, il tente, à la lumière des notes précédentes, de coordonner les connaissances anatomiques et physiologiques pour expliquer le mécanisme de la folie; la motilité jouerait, d'après lui, un grand rôle dans la genèse des troubles psychiques, de même que les perturbations psychiques sont les génératrices de troubles moteurs. « Une grande catégorie de troubles moteurs sont réellement primitifs, parce qu'ils ont indirectement engendré, par réaction sur la connaissance du sujet, des entités vésaniques complexes » et, plus loin, : « la folie est un processus déterminé par des états pathologiques des centres subordonnés. »

P. K.

XXXVII. La variabilité des conceptions délirantes et des hallucinations sensorielles, avec autres remarques sur celles-ci ; par J.-L.-A. Koch. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 1.)

Dissertation, dépourvue d'observations, aboutissant à la thèse que, de même que maintes névralgies, maintes migraines qui durent des années chez des individus atteints de tares héréditaires, les conceptions délirantes, émanées d'hallucinations, présentent chez un malade donné des variations en qualité, intensité, étendue; il faudrait donc rayer du langage le terme d'idée fixe, même dans les cas de conceptions irrésistibles, de folies systématiques, de délires partiels; certes, alors, les idées délirantes tournent dans un même cercle, mais leur teneur exacte varie sans cesse. Les hallucinations sensorielles ou images délirantes de la perception émanent, comme les images de la perception normale, de l'écorce; leur genèse exige le concours des appareils sous-corticaux; dans l'hallucination, c'est l'écorce qui entre la première en jeu; dans l'illusion, c'est le centre sous-cortical qui est le premier sollicité par un objet véritablement périphérique (du monde extérieur) ou relativement périphérique (corps étrangers ou néoplasmes d'un nerf ou du centre sous-cortical lui-même).

P. K.

XXXVIII. Un cas de folie aigue mortelle avec convulsions localisées; par S. Lévy (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 1.)

Observation de psychose suraiguë chez une jeune fille de dix-neuf ans, issue d'une mère hystérique, mais n'ayant, jusqu'alors, présenté aucune anomalie à aucun point de vue. Quelques semaines après avoir assisté au suicide de son amant, apathie physique, caractère très-violent, céphalalgies fréquentes. Sept mois plus tard, à la suite d'un refroidissement très prononcé, hallucinations de la vue et accès de manie. Trois jours après,

grande attaque épileptiforme. A partir de ce moment, convulsions quasicontinues dans la moitié gauche de la face et le bras gauche; rigidité intervallaire, privation de sentiment, rotation de la tête et des yeux à gauche, langue déchiquetée; de temps à autre, les convulsions gagnent le côté droit; en cinq jours, la température atteint 40,7; on constate finalement de la matité et des râles à la base droite, le cœur se ralentit et s'arrête. L'autopsie révèle l'intégrité des méninges, l'existence de kystes dermoïdes dans les ovaires dégénérés, de l'oophorite chronique fibreuse.

P. K.

XXXIX. Contribution a ce qu'on appelle : délire systématique hallucinatoire; par P. Mayser. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII., 1.)

M. Mayser montre qu'en Allemagne comme ailleurs, la terminologie varie suivant les auteurs. L'épithète systématique dont nous décorons le mot délire pour rendre, conformément à l'expression des faits décrits par les aliénistes allemands modernes, l'idée contenue dans le mot usité par Mayser, Griesinger, Snell, Schuele, doit disparaître quand on consulte les observations de Krafft-Ebing, et céder la place au vocable de vésanie qui ne préjuge d'aucun autre élément pathologique que de l'hallucination. Mayser, pour mettre de la clarté dans la question, applique le terme qui nous occupe à *un délire général d'ordre asthénique*, tantôt aigu, tontôt chronique, affectant la forme d'agitation maniaque, avec désordre dans les idées, idées de persécution basées sur des hallucinations multiples, léger affaiblissement intellectuel, ou celle de folie périodique; mais, en même temps, l'auteur fait des conceptions délirantes, c'est-à-dire des idées de persécution fugaces de l'alcoolisme aigu, et même du délire des persécutions incurables des buveurs, autant de variétés de ce délire général, ce qui ramène sur le terrain l'élément de systématisation, d'abord relégué au second plan. P. K.

XL. Des évasions et des tentatives d'évasion des aliénés hors des endroits ou ils sont soignés; par L. Schlager. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* XLII, 2.)

Les aliénés essaient de s'évader et s'évadent en effet des asiles d'aliénés et des établissements hospitaliers où ils sont séquestrés; mais il arrive bien plus fréquemment, comme l'enseigne l'expérience, que les aliénés essaient de s'évader et s'évadent en effet de leurs habitations privées et du sein de leurs familles. Il ne faut donc pas toujours attribuer les tentatives de fuite et les évasions des aliénés à une impulsion subjective qui les porte à quitter les endroits où ils sont retenus contre leur gré; cette impul-

sion est, dans bien des cas, attribuable à d'autres causes qu'à la recherche irrésistible de la liberté. L'auteur examine d'abord les *évasions des aliénés qui ne sont pas traités dans des asiles d'aliénés ni dans des établissements hospitaliers*; cette revue porte : 1° sur les aliénés confiés à des soins particuliers, mais jouissant d'allures assez libres; 2° sur les aliénés confiés à des soins particuliers dont les troubles psychiques et les manifestations extérieures ont nécessité, de la part de leur entourage, l'emploi des engins de séquestration et une rigoureuse surveillance. Il passe ensuite aux *évasions d'aliénés internés dans des établissements hospitaliers et dans les asiles*. Le mode des évasions, leur raison, leur cause et les remèdes sont judicieusement exposés, conformément à l'étude des diverses formes de l'aliénation mentale et aux principes médicaux les plus élevés. Il conclut qu'un médecin doit avoir en mains le service administratif. P. K.

XLI. NOTES SUR L'EGYPTE; par E. MENDEL (*Allg. Zeitschr.*, XLII, 2.)

Le Caire a à sa porte un asile, unique d'ailleurs pour les six millions d'habitants de l'Egypte, fussent-ils riches; c'est un vieux cloître aménagé, amélioré par le Dr Battaglia, malgré la pauvreté des finances de l'Etat. On y a reçu, en 1884, 460 malades se décomposant en 367 hommes et 93 femmes; 120 hommes y sont entrés pour délire consécutif à l'usage du haschisch, 13 pour délire alcoolique, 6 pour paralysie générale; 403 sont sortis, parmi lesquels 94 guéris et 27 améliorés qui avaient été amenés pour intoxication cannabinique. P. K.

XLII. SUR LES RAPPORTS ENTRE LA PARALYSIE PROGRESSIVE ET LA SYPHILIS; par M. GOLDSTEIN. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 2.)

L'étude de 466 malades montre d'abord que, lorsque les hommes qui ont eu la syphilis sont atteints d'affections psychiques, ils sont bien plus fréquemment atteints de paralysie générale que de toute autre psychose; en second lieu, le nombre des paralytiques généraux qui ont eu la syphilis plus ou moins longtemps avant l'explosion de la psychose est remarquablement élevé. Mais la syphilis est-elle le facteur propre, direct, de la paralysie générale ? Comme la plupart des paralytiques généraux en question ici avaient également subi l'influence d'autres éléments pathogénétiques (traumatisme, abus alcooliques, exagération de travaux intellectuels, émotions morales), comme il n'existe aucune différence clinique entre la paralysie générale qui succède à la syphilis et celle qui se produit sans qu'il y ait eu préalablement syphilis, comme il n'existe pas non plus de signe anatomo-pathologique

de la paralysie générale syphilitique, comme le traitement mercuriel, si merveilleux contre toutes les localisations encéphaliques de la syphilis, aggrave la situation, quelques précautions que l'on prenne, le mercure, par exemple, venant à bout chez un paralytique général d'une iritis syphilitique, alors que, sous son influence, la démence marche rapidement ; c'est tout au plus si l'on est en droit de supposer que la syphilis diminue la force de résistance du cerveau et peut ouvrir la porte à la paralysie générale, à l'égal d'une influence nocive quelconque. La cause de la paralysie générale nous reste donc complètement inconnue. P. K.

XLIII. De l'hérédité directe des maladies mentales ; par E. Sioli. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 1, 2, 3.)

L'auteur a étudié des familles dont les père et mère ont été à un même établissement, par conséquent sur lesquelles il trouvait d'importants renseignements; il a réussi de cette façon à posséder un ensemble d'observations sur l'hérédité directe (cas le plus simple) appuyées sur des documents permettant l'analyse critique exacte. La section principale A comporte quatorze familles dont les descendants sont atteints de psychopathies de par l'hérédité, seule ou principalement ; elles se décomposent en quatre groupes : 1° psychoses simples, pures, légères (mélancolie, manie) 3 familles ; 2° psychoses semblables aux précédentes, mais plus complexes en ce sens que des symptômes spéciaux (tels, les signes de dégénérescence) viennent se surajouter aux autres éléments et que l'évolution et l'issue diffèrent : 4 familles ; 3° psychoses périodiques 2 familles ; 4° folie systématique ou types à peu près purs de vésanie organisée : 5 familles. Des observations complètes se dégagent les conclusions suivantes :

La forme de la maladie des descendants concorde avec celle des ascendants, tant en ce qui concerne le caractère général de la psychopathie qu'en ce qui a trait au détail des symptômes (espèces morbides); un ascendant atteint de folie systématique ne transmettra jamais une manie, ni une mélancolie simple, réciproquement un maniaque ou un mélancolique ne transmettra pas la folie systématique, mais la manie et la mélancolie se peuvent remplacer, un fou systématique peut transmettre une vésanie cristallisée. Cette proposition est vraie pour les formes atypiques, mixtes, impures avec ce correctif que plus la psychose d'un ascendant est baroque, atypique, plus l'hérédité se traduit chez le descendant par une psychose différente, s'éloignant complètement de celle de l'ascendant, ainsi une psychose périodique émanera soit d'un psychose périodique, soit d'une forme atypique. L'hérédité s'accomplit des ascendants sur les descendants, quelle que soit l'époque à laquelle a été conçu le descendant par rapport à l'explosion de la folie chez son générateur ; c'est le terrain qui se transmet avant même que le générateur soit devenu fou. Le terrain ou la prédisposition, la tare héréditaire se reconnaît avant l'explo-

sion de l'aliénation mentale au caractère de l'individu (tendance à la dépression exagérée pour le motif le plus futile), à l'existence d'une débilité mentale dès la jeunesse, à un ralentissement dans le développement physique. Ces signes sont d'autant plus accentués, que l'on a principalement affaire à des cas dans lesquels l'ascendant a été atteint de psychoses complexes atypiques, ou d'une folie systématique quelconques. Il en est de même pour des signes dégénératifs qui se confondent avec ceux-ci ou se montrent par l'évolution et la marche moins correctes de la psychose (aggravation, tendance précoce à la démence chez les descendants, les phénomènes dégénératifs les plus intenses apparaissant surtout chez les descendants, dont les générateurs ont présenté des psychoses complexes ou systématiques. En revanche : les jeunes générations peuvent s'améliorer par exemple, un ascendant atteint d'un psychose chronique a pu transmettre à son ascendant une psychose curable, tandis qu'il n'y a pas d'exemple qu'un ascendant complètement guéri de sa psychose ait transmis une psychopathie chronique.

La section B envisage cinq familles dans lesquelles la perturbation mentale paraît produite moins par l'hérédité que par des causes extérieures perceptibles (pneumonie, puerpéralité, causes diverses). On voit ici que l'héritage se transforme surtout quand, chez les ascendants, il existait des psychoses atypiques tendant à une évolution défavorable incurable, et que, dans ces circonstances, si d'autres éléments nocifs s'adjoignent, qui affaiblissent la résistance des descendants et favorisent la genèse d'une psychose, la maladie tend encore plus à revêtir une forme grave. La modalité dépend alors surtout de l'action des causes occasionnelles.

D'une manière générale, les entités psychopathiques suivent chez les héréditaires, dans leur proportion centésimale respective, les mêmes rapports que chez les aliénés en général ; les formes atypiques semblent cependant plus fréquents chez les premiers. Le suicide, l'ivrognerie, le nervosisme, les dépravations, l'imbécillité, la transmission de l'aliénation mentale seule apparaissent chez eux ; on n'y constate ni l'épilepsie, ni l'idiotie, ni la stérilité. P. K.

XLIV. De l'aphasie et de ses relations avec la perception ; par Grashey. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3.)

Analyse psychophysiologique d'une observation concernant un homme de vingt-sept ans qui, à la suite d'une fracture de la base du crâne, présentait une surdité presque absolue, l'abolition totale de l'odorat et quasi complète du goût du côté droit ; l'œil, du même côté, percevait encore les mouvements de la main ; l'acuité de l'œil gauche était égale aux trois quarts et il existait une diminution concentrique du champ visuel : paralysie du facial droit, parésie de l'hypoglosse et de tous les muscles de ce côté. C'est

quatorze jours après l'accident, lorsque le malade reprend connaissance, qu'on s'aperçoit du trouble de la parole. Il bégaie quand il s'agit de répéter un mot, parce qu'il est contraint, dès qu'il est parvenu à en trouver la première syllabe ou les premières lettres, à attendre que le reste lui vienne. La lecture est courante, le malade comprenant bien et articulant parfaitement. Il montre sans hésitation sur un livre d'images les objets qu'on lui demande, mais n'en saurait trouver l'appellation ; il explique ce qu'on fait avec les objets désignés, sans plus de succès d'ailleurs ; même manière d'être à l'égard des adjectifs et des verbes, de sorte que, dans la conversation, à tout instant il perd le mot et le remplace par une périphrase. Il en est ainsi lorsqu'il écrit, mais, pour cet exercice, les mots lui arrivent en général plus aisément, sinon on le voit attendre que la mémoire les lui ait fournis ; il n'est au reste pas rare qu'il s'arrête au milieu d'un mot, et qu'il lui faille le prononcer pour continuer à l'écrire. D'ordinaire, ni en écrivant, ni en parlant, il ne se trompe d'expression, cet état s'aggrave pendant les quatre mois suivants, au point qu'il ne se souvient plus durant trente secondes d'un mot, d'une injonction, qu'il devient incapable de pratiquer les quatre régles de l'arithmétique sur des nombres de plus de trois chiffres, les seuls qu'il lise encore, qu'il est obligé de compter sur ses doigts, sa mémoire ne lui présentant que sa table de multiplication ; que, tout en distinguant bien les monnaies les unes des autres, il ne saurait manier l'argent. M. Grashey démontre qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une aphasie, non par impotence fonctionnelle des centres, non par arrêt de la conductibilité des voies de connexion, mais par simple diminution dans la durée des impressions sur les éléments sensoriels, ceux-ci, altérés dans leurs qualités, ne retenant pas assez longtemps l'imprégnation sensible pour que les fractions d'incitation dont se compose un tout donné fusionnent en une image unique représentative de l'objet, du mot, etc. La période d'acmé de cette aphasie persista pendant neuf mois, puis en quatorze jours s'effectua une guérison à peu près entière. P. K.

XLV. Contribution a la casuistique anatomo-pathologique des cerveaux de criminels et de suicides; par M. Flesch. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3.)

Chez un homme de cinquante ans, vigoureux, qui le 13 novembre 1879, se tuait en avalant du cyanure de potassium, sans raison valable, on trouvait que *toute la moitié antérieure de la faux du cerveau faisait défaut.* Les deux hémisphères dans la moitié antérieure du cerveau n'étaient donc séparées que par la pie-mère ; au-dessus d'eux passait comme un pont une lame d'arachnoïde. L'hémis-

phère gauche paraissait plus volumineux que l'hémisphère droit, mais on n'a pas procédé à la coupe, afin de conserver la pièce dans son intégrité. P. K.

XLVI. Sur les facteurs dyscrasiques qui jouent un rôle dans la genèse des névroses et des psychoses; par O. Mueller. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Les dyscrasies chroniques qui sont capables d'engendrer des troubles psychiques se groupent sous deux catégories : 1° celle de l'intoxication hétérogène, c'est-à-dire par des matières étrangères à l'organisme (bactéries, syphilis), malaria, alcool, ergotine, narcotiques, gaz toxiques; 2° celle de l'intoxication autochtone, autogène, ou par des substances pathogénétiques originaires de l'organisme même (acétonémie ou diabète, choléine, urémie, goutte, rhumatisme, déchets dans les cas de dyspepsies, dans les maladies de la respiration). La revue est intéressante. Sa conclusion est qu'il faut faire de la chimie physiologique ainsi que de l'analyse spectrale. P. K.

XLVII. Identité de l'épilepsie avec la folie morale et avec la criminalité congénitale; par C. Lombroso. (*Neurol. Centralbl.* 1885.)

On constate dans l'épilepsie comme dans la folie morale une augmentation dans le poids du corps, de l'asymétrie et de la sclérose crâniennes fréquentes, l'existence également fréquente de la fosse occipitale moyenne, une diminution de la capacité intracrânienne et, parmi les anamnestiques, une grande proportion de méningo-encéphalites pendant l'enfance. La physionomie des deux espèces de sujets est identique : saillie des arcades zygomatiques et des bosses frontales, oreilles détachées de la tête, masculinité de la femme, analgésie, daltonisme, dyschromatopsie, inégalité pupillaire, exagération des réflexes tendineux, température axillaire de 37°2 à 37°3, fréquence (:6 p. 100) du type criminel. Tous sont paresseux, impulsifs, privés de mémoire, dépourvus de sens moral, émotifs, excitables; fréquemment, ils boivent et ils se tuent, ils ont aussi l'habitude du tatouage. La statistique montre que sur cent délinquants il y a cinq épileptiques, tandis que sur mille individus normaux, il n'y a que cinq épileptiques. En Italie, ce sont les régions qui fournissent le plus grand nombre d'épileptiques où l'on rencontre la plupart des criminels. Les attaques convulsives peuvent être remplacées, surtout pendant les quinze premières années de la vie, par des impulsions attentatoires à la morale et à la vie des semblables; dans ce cas, il y a transmission héréditaire, soit que les parents aient été épileptiques eux-mêmes, soient qu'ils aient été des

ivrognes. L'atavisme est d'ailleurs, quel que soit le mécanisme intime de la modalité morbide, le substratum primordial de la criminalité congéniale identique avec la folie morale. Le sens moral, qui apparaît le dernier dans l'ensemble du développement, disparaît le premier au début des affections cérébrales, dans la vieillesse, dans l'alcoolisme, et l'on sait qu'à la suite de leurs accès, les épileptiques se livrent à des actes de pure animalité : ils aboient, miaulent, mordent, dévorent de la viande crue et de la chair humaine. P. K.

XLVIII. SUR QUELQUES QUESTIONS DE PRINCIPE EN ÉLECTROTHÉRAPIE; par C.-W. MUELLER. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Il s'agit du traitement périphérique dans les affections centrales du système nerveux. 1° le traitement périphérique symptomatique ne soulage jamais quand le traitement central n'exerce aucune action sur le foyer morbide; 2° il n'a jamais le même effet curatif que le traitement central; 3° jamais le traitement périphérique n'entrave les progrès d'une maladie centrale; 4° certaines lésions organiques récentes font exception aux règles établies dans les conclusions 2° et 3°; ces lésions récentes peuvent être influencées par l'action réflexe de l'agent électrique sur les vaisseaux sanguins des centres nerveux (faradisation selon la méthode de Rumpf [1]); la même exception doit être faite en faveur des divers troubles fonctionnels du système nerveux central (neurasthénie, hystérie); 5° le triomphe du traitement périphérique symptomatique, ce sont maintes névralgies d'origine centrale (tabes); l'électricité redonne de la vigueur à ce qui reste encore des éléments musculaires et nerveux, et imprime un coup de fouet à la convalescence. P. K.

XLIX. SUR LE TEMPS QUE DEMANDENT CHEZ LES ALIÉNÉS LES PROCESSUS PSYCHIQUES SIMPLES; par W. DE TSCHISCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Quel temps faut-il pour qu'un individu *réagisse à une excitation sensorielle* le signal étant donné par une boule qui tombe soit de 5,7 centimètres (son fort) soit de 3 centimètres (son léger)? Cent cinquante expériences ont démontré que chez un individu sain, il faut 0 sec. 1 ; à un paralytique général examiné dans une période de rémission 0 sec. 08 — 0,10 ; à un persécuté halluciné penchant vers la démence 0, 12 ; à un jeune homme en pleine guérison d'un long accès de manie 0,07 — 0,11 ? Les mêmes sujets mettront pour réagir et *distinguer* la valeur de la sollicitation 0,30 ; 0,27 ; 0,32 ; 0,24 (deux cents essais). L'*association*

[1] Voy. *Archives de Neurologie*.

d'idées simples exigera, dans le même ordre : 0,70; 0,23; 1,39; 0, 28 (300 épreuves). La gènèse d'un *jugement* demandera : 0,8; 0,29; 1,89 ; 0,35 (200 épreuves). Conclusion : Quand les forces vives de l'intelligence ont diminué, l'association des idées se fait plus vite; si à l'affaiblissement intellectuel se joignent des conceptions délirantes qui nuisent à l'attention de l'individu, le processus d'association se ralentit considéralement. P. K.

L. SUR LE TRAITEMENT DE LA SITIOPHOBIE CHEZ LES ALIÉNÉS, par SIEMENS (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Répétition de ces communications antérieures[1]. Il persiste à dire que les cas dans lequel l'alimentation forcée est indispensable sont très rares. P. K.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. DE L'INFLUENCE QU'EXERCE SUR L'ACTIVITÉ VOLONTAIRE, L'INHALATION DE L'AMYLNITRITE ; par le Dr TIPPEL.

Le but que se propose le Dr Tippel est d'étudier au moyen de l'expérimentation de quelle manière se manifeste l'influence de l'amylnitrite sur la volonté, chez différents sujets.

Les recherches faites jusqu'à ce jour se divisent en deux groupes : le premier envisage la question au point de vue physiologique, c'est-à-dire l'action de l'amylnitrite sur la circulation, la respiration, etc., la seule chose qui nous intéressera là-dedans, c'est son effet sur la circulation crâniene.

Le second groupe envisage la question au point de vue psychologique, son action sur la volonté ; le travail le plus important et le plus complet à ce sujet est celui de Dr Kræpelin, cité dans les « Etudes philosophiques » de Wundt.

Le Dr Tippel commence par étudier l'effet physiologique de l'amylnitrite sur le cerveau. Nous ignorons, dit-il, l'effet direct de cette substance sur le cerveau, c'est-à-dire son action chimique sur la substance cérébrale. Nous ne connaissons que son effet sur certains vaisseaux artériels qui consiste dans l'augmentation de leur volume; la distension des vaisseaux de la tête a

[1] Voy. *Archives de Neurologie*.

pour résultat d'amener la rougeur de la face et une élévation locale de température.

Cette action est attribuée aux vaso-moteurs. Les controverses au sujet de l'action des vasomoteurs ne nous arrêteront pas, ce que nous voulons savoir, c'est l'état des vaisseaux dans la boîte crânienne.

Pour étudier cette question, nous devrons nous servir de l'expérimentation et voir ensuite quels sont les résultats psychiques produits après l'inhalation de l'amylnitrite. Avant d'aborder cette étude, nous devons éclaircir s'il y a des changements dans le volume des vaisseaux du cerveau après inhatation de l'amylnitrite, et en quoi consistent ces changements.

Dans le premier chapitre intitulé : *Considérations sur les changements produits dans la circulation du cerveau à la suite de l'inhalation de l'amylnitrite*, le Dr Tippel dit qu'une observation directe du cerveau était indispensable; l'examen du fond de l'œil peut rendre des services, cet examen avait été fait d'abord par Pick et décrit dans sa dissertation sur l'amylnitrite et son action thérapeutique (Rome, 1874); des expériences de Pick, controlées par le professeur *Semisch*, montrèrent qu'il n'y avait aucun changement dans les vaisseaux du fond de l'œil. Ruger et Forster prouvèrent au contraire qu'à la suite d'inhalation de l'amylnitrite, les vaisseaux du fond de l'œil devenaient plus volumineux et l'on apercevait une petite branche invisible auparavant, il en était de même de l'artère centrale de la rétine ; donc les deux carotides étaient également affectées. Ces observations ne sont pourtant pas probantes pour nous, parce qu'il n'y a aucune raison qui prouve que les vaisseaux du cerveau soient toujours hyperémiés en même temps que ceux de l'œil. Les expériences sur le cerveau ont été faites sur des animaux trépanés ; de plus Mosso a eu l'occasion d'observer directement un malade qui avait une fracture du crâne.

Expériences avec des animaux trépanés.

a. Expérience du Dr Maximilien Schuller, 1874, dans la *Berliner Wochenschrift* : il faisait inhaler à des lapins trépanés de l'amylnitrite au moyen d'une petite éponge ; après 3-5 inspirations, on constatait une dilatation des vaisseaux de la pie-mère, veines et artères ; le cerveau augmentait de volume au point de faire saillie par l'orifice ; on constatait des pulsations dans les artères ; dans un cas, on a pu les voir même dans les veines.

Dans l'*Allgemeinr Zeitschrift für Psychiatrie*, se trouve une communication du professeur Jolly (de Strasbourg); il avait fait des expériences sur des lapins trépanés et avait obtenu les mêmes résultats. Ce sont les deux seules observations qui existent.

b. Expérience personnelle : un lapin est trépané, on lui fend la dure-mère et l'on met la pie-mère à nu. Température rectale au commencement 36°,8. — On lui met devant le nez un morceau de ouate imbibé d'amylnitrite, aussitôt l'on aperçoit l'augmentation de volume de la substance cérébrale ; ce phénomène disparaît quand l'on éloigne l'amylnitrite, il y a aussi augmentation de la quantité de liquide céphalorachidien. *Les artères de la pie-mère deviennent de plus en plus volumineuses, on aperçoit des petites branches invisibles avant*, après vingt-cinq minutes d'inhalations ininterrompues il y a réplétion des vaisseaux de la pie-mère, de violentes convulsions, crampes dans le museau ; les oreilles, la queue et les membres; dilatation des pupilles ; température rectale 39°,8.

Pour sauver l'animal, on eut recours à la respiration artificielle.

Expérience de Mosso. Il eut l'occasion d'observer un homme qui à la suite d'un traumatisme, avait le crâne fendu, avec perte de substance osseuse, l'observation directe était impossible, mais l'on se servit de la méthode graphique. On constata, ici aussi une augmentation de volume de la masse cérébrale ; pendant douze pulsations la courbe ne se modifia pas, les pulsations devinrent ensuite de plus en plus rapides, le volume du cerveau augmenta de trois centimètres. — Les résultats sont donc les mêmes chez l'homme et les animaux ; cette hyperémie dans la boîte crâniene produit une diminution de pression du sang dans les artères, et nécessite une impulsion cardiaque plus énergique ; ces faits ont été signalés par plusieurs observateurs, et sont d'accord avec mes observations personnelles ; rarement on a constaté le ralentissement du pouls et des battements du cœur. Cette accumulation du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la boîte crâniene, produit une telle augmentation de volume du cerveau que si la boîte crânienne était extensible, on aurait pu constater une augmentation de volume de toute la tête, comme on constate la tuméfaction et la rougeur de la face. Cet état est désigné sous le nom d'œdème cérébral. La circulation gênée par la réplétion des vaisseaux et l'accumulation du liquide céphalo-rachidien rend l'afflux de nouvelles ondées sanguines très difficile, et produit une anémie cérébrale qui est la cause des attaques épileptoïdes que l'on observe chez tous les animaux à la suite d'expériences prolongées.

Ces attaques sont plus fortes chez les animaux qui n'ont pas subi l'opération du trépan. Ces expériences nous prouvent qu'il y a modification de la circulation cérébrale à la suite d'inhalation d'amylnitrite.

La seconde partie de l'article du Dr Tippel est consacrée aux

recherches sur l'influence que produit l'amylnitrite sur les actes volontaires.

a. Sensations subjectives. L'influence de l'amylnitrite est variable selon les sujets; ses nombreuses observations s'étendent à des sujets normaux, à des sujets anormaux. Depuis longtemps, on a constaté que certaines personnes inhalent cette substance volontiers, d'autres s'en détournent avec horreur. La plus grande majorité, tant parmi les sujets normaux que les sujets malades nerveux ne s'oppose pas à l'inhalation ; même des personnes très impressionnable le subissent. D'autres au contraires, se détournent aussitôt qu'on approche d'eux un mouchoir imbibé d'amylnitrite. Cette idiosyncrasie, comme on pourrait la nommer, s'observe surtout chez les alcooliques. Quelques-uns ne consentaient qu'à grande peine à des inhalations nouvelles, se plaignant d'avance de douleurs de tête aussitôt qu'on les introduisait dans une chambre où il y avait une odeur d'amylnitrite.

Les symptômes connus, tels que rougeur, chaleur de la tête, augmentation des sécrétions des muqueuses oculaires, nasales, battements des artères de la tête, s'observaient toujours. Une fois, on observa ces phénomènes d'un seul côté de la face chez l'intéressant malade *Duhring*, cité dans la première partie de cet ouvrage; cette rougeur était plus marquée du côté de sa contracture, la conjonctive de l'œil gauche était plus irritée. — Quant à la manière dont les différents sujets sont affectés par l'amylnitrite, elle est connue très variable : les uns n'éprouvent aucun changement, sauf des mouches volantes devant les yeux; d'autres au contraire, perdent complètement connaissance; et, à la suite de nombreuses expériences on constata que les personnes pléthoriques en sont plus affectées; les anémiques, au contraire, le supportent très bien. Il y a cependant de nombreuses exceptions. Les sujets normaux et les malades ne présentaient aucune différence quant à la réaction. Il est à remarquer que chez certains mélancoliques il se produisait comme une secousse qui les faisait sortir de leur apathie et produisait un état de surexcitation. Après le silence dans lequel ils étaient plongés, ils se mettaient subitement à parler et donnaient quelquefois des renseignements sur leur état. Un épileptique se sentait toujours soulagé après l'inhalation d'amylnitrite. Cet état de soulagement cessait quinze minutes après que l'inhalation avait cessé. Le malade cité plus haut, Duhring, éprouvait aussi du soulagement; ses crampes devenaient moins douloureuses. D'autres, au contraire, se plaignent de douleurs sourdes de la tête et d'un sentiment général de malaise. Ceci était plus marqué chez les alcooliques, qui, après quelques inspirations, étaient pris de titubation, malaise général, sensation de dépression qui se prolongeait pendant plusieurs heures après l'inhalation et rendait tout travail intellectuel im-

possible. L'âge et le sexe ne paraissaient exercer aucune influence.

b. De l'influence qu'exerce l'amylnitrite sur les actes volontaires.

D'après ce que nous venons de dire, nous pouvons affirmer que l'amylnitrite exerce une influence sur la volonté ; mais nous devons la rechercher méthodiquement, et, pour cela, nous nous servirons de la méthode des courbes du Dr Rieger, décrite dans la première partie de ce livre. Avant de parler de l'influence de l'amylnitrite, j'ai tenu à essayer d'autres substances pour voir si l'influence produite n'était pas due à la substance odorante ; j'ai pris de l'eau de Cologne, du camphre, sans obtenir aucun résultat ; si je dis que le chloroforme ne produisit non plus aucune influence, j'aurai le droit d'affirmer que l'influence exercée sur l'activité musculaire, après l'inhalation d'amylnitrite était réellement due à ce corps, et que cette influence s'exerçait sur le cerveau.

Je commence par montrer des courbes sur lesquelles l'amylnitrite ne semble avoir produit aucune influence (comme toujours je mets en *a* une courbe avant l'inhalation et une courbe en *b* pendant l'expérimentation).

1 *a* et 16 *a* sont les résultats de nombreuses courbes d'un collègue qui connaissait l'effet produit. Quand la sensation de chaleur atteignait son maximum, les battements des carotides devenaient intenses, quand le sensorium commençait à être affecté, le sujet en expérience nous le communiquait, et l'on prenait le tracé. Quoique, dans ce cas, tous les autres effets de l'amylnitrite survenaient, son action sur la volonté était nulle. Il en est de même des courbes 2 *a*, 2 *b* qui provenaient d'un docteur.

3 *a* et 3 *b* sont les courbes d'un homme simple, d'un certain âge, dont les courbes à l'état normal étaient assez satisfaisantes ; ici aussi l'amylnitrite tout en produisant les modifications physiologiques que nous connaissons, ne semble pas avoir influencé la volonté. A côté de ces trois exemples, j'en cite d'autres où la volonté est affectée.

La courbe 4 *a* et 4 *b* est celle d'un garçon de quatorze ans qni, pour des raisons qui ne nous intéressent pas, respire avec force ce qui se voit sur la courbe. Ici nous voyons pour la première fois l'action de l'amylnitrite.

Pendant que 4 *a* s'abaisse régulièrement, 4 *b* s'abaisse au commencement avec rapidité jusqu'à *b* ; à ce point, on éloigne l'amylnitrite du nez du sujet, le tracé remonte immédiatement ; on rapproche de nouveau la ouate du nez et la courbe s'abaisse immédiatement. A la fin, la courbe se relève, devient irrégulière.

5 *a* et 5 *b* sont les courbes d'un mélancolique qui comprenait ce qu'on exigeait de lui et dont le tracé était ordinairement assez

régulier. En 5 *b* nous voyons l'influence de l'amylnitrite clairement.

6 *a* et 6 *b*, sont les courbes d'un jeune homme d'un intelligence affaiblie, 6 *a* montre une grande faiblesse de volonté qui est plus marquée dans 6 *b*.

7 *a* et 7 *b*, jeune fille d'intelligence affaiblie, est très irrégulière, mais 7 *b* s'abaisse tellement qu'on n'a pu en suivre l'ombre sur le tambour. Il est à remarquer que cette jeune fille ne savait même pas qu'on expérimentait sur elle : elle s'asseyait et laissait faire tout ce qu'on voulait, sans opposer aucune résistance. Cette expérience se rapproche de celles qu'on fait sur les animaux.

8 *a* et 8 *b*, sont identiques à la précédente.

9 *a* et 9 *b*, sont les courbes d'un étudiant de l'école normale; il *voulait* être immobile, aussi fut-il très étonné de constater l'abaissement considérable de la courbe.

10 *a*, 10 *b* est la courbe d'un jeune médecin ; *b*, s'abaisse considérablement.

11 *a* et 11 *b* est la courbe d'un alcoolique en convalescence d'un accès de délirium tremens. Le tremblement avait disparu, mais on constatait chez ce sujet un phénomène dont il est question dans la première partie de ce livre; ce patient avait une tendance à fléchir le bras, ce qui fait remonter la courbe en *a*. Cette élévation est assez régulière, mais en *b*, l'irrégularité est frappante.

12 *a* et 12 *b*, est la courbe d'un alcoolique en plein accès de delirium tremens. Outre le tremblement, *a* se tient à une certaine hauteur, *b* présente des irrégularités, puis la courbe finit par devenir impossible. Les mêmes faits s'observent en 13 *a* et 13 *b*. Egalement un alcoolique qui, n'ayant pas bu d'alcool depuis longtemps, était très affaibli.

On constate, en général, chez les alcooliques, une modification dans la courbe sous l'influence de l'amylnitrite telle, que le tracé en devenait impossible.

J'ai observé un phénomène très curieux chez les épileptiques, sous l'influence de l'amylnitrite, leur courbe devenait plus régulière, de 14 *a* et 14 *b*, de la planche VIII sont un des nombreux exemples que j'ai observés. — *a*, est très irrégulier, descend rapidement, *b* est très loin de représenter une courbe normale, mais la courbe démontre une activité volontaire plus grande. Pour terminer, je montrerai aussi la courbe d'un malade qui à la suite d'une lésion du crâne, avait une hémiparésie. Le malade avait aussi une aphasie motrice, et, comme c'est le cas dans ces maladies, il était d'humeur variable; même dans les courbes du bras gauche qui était normal, l'influence de l'humeur se faisait voir. Sous l'influence de l'amylnitrite, il a toujours été impossible de prendre de tracé parce que l'état de surexcitation du malade devenait considérable ; il suffisait d'approcher de ce malade, 2 à 3 gouttes d'amylnitrite pour produire un état d'ivresse, tel que, le

jour suivant le malade ne se souvenait de rien. Je termine par là, mon énumération des nombreuses courbes, les exemples suffisent pour démontrer que l'*influence de la volonté par l'inhalation de l'amylnitrite présente les plus grandes variétés individuelles,* tandis que les effets physiologiques sont les mêmes chez tous les sujets. Plusieurs personnes ont présenté des courbes aussi régulières, sous l'influence de l'amylnitrite, qu'à l'état normal. D'autres, au contraire en furent profondément affectées ; l'influence est surtout marquée sur les alcooliques. De plus, un phénomène intéressant, c'est l'effet produit sur le sujet atteint de lésion du crâne ; plusieurs savants ont dû constater que des sujets atteints de lésions du crâne opposaient moins de résistance aux influences congestionnelles ; le médecin légiste, *Krafft-Ebing*, par exemple, trouve que ce phénomène pourrait être démontré expérimentalement. Cette méthode pourrait donc dans ce sens rendre des services considérables.

Dans ces recherches, sauf les cas où l'amylnitrite n'a produit aucun effet, nous avons toujours trouvé comme règle générale, que l'amylnitrite produisait un affaiblissement de l'activité volontaire. Le bras qui normalement pouvait rester immobile un temps donné, s'abaissait généralement avec rapidité sous l'influence de ce corps.

IRACLIDY.

II. UN CAS DE TRÉPANATION DU CRANE POUR ÉPILEPSIE ; par A. ERLENMEYER (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

Epilepsie survenue à la suite d'une chute sur la tête, ne reconnaissant aucune autre cause. Le pariétal gauche est le siège d'une cicatrice de 2 centimètres de long, blanche, dépourvue d'adhérences, non douloureuse à la pression, parallèle à la suture sagittale et située à 3 centimètres au-dessous d'elle; une ligne menée perpendiculairement de la suture sagittale au conduit auditif externe coupe la cicatrice en son milieu. On constate en ce point un enfoncement en rigole, large comme le doigt, sensible à la pression, mais non épileptogène. D'ailleurs, il s'agit d'une épilepsie ordinaire; on diagnostique simplement les phénomènes d'excitation générale dus à un enfoncement osseux troublant la circulation générale de l'encéphale. On enlève l'endroit incriminé sur un diamètre moyen de 3 centimètres ; on ne constate aucune saillie de la lame vitrée, aucune anomalie de la dure-mère; néanmoins l'épilepsie disparaît.

P. K.

III. UN NOUVEAU RHÉOSTAT TRANSPORTABLE ; par E. HECKER (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Cet instrument qu'emploie M. Hecker tous les jours depuis un

au sans mécomptes ni inconvénients est constitué par une simple bande de toile humide sur laquelle on fait glisser un coulant armé de charbon qui porte une anse conductrice. P. K.

IV. Contribution au traitement de l'attaque d'hystérie; par Albert Ruault (*France médicale*, 1885, n° 86).

M. Ruault a réussi très souvent à arrêter l'attaque hystérique par la compression d'un nerf à son point d'émergence des parties profondes. Le cubital en arrière de l'épitrochlée et surtout le nerf sus-orbitaire sont les plus accessibles à cette manœuvre. Les phénomènes observés sont analogues à ceux produits par la compression de l'ovaire dans les mêmes circonstances. L'auteur a pu arrêter ainsi non seulement des attaques légitimes d'hystérie convulsive, mais aussi d'autres manifestatioes de la même névrose délire, hallucinations, dyspnée. Ch. F.

V. Sur l'action de la cocaine dans le sevrage des morphinomanes; par A. Erlenmeyer (*Centralbl. f. Nervenheilke*, 1885.)

1° La cocaïne à la dose maxima de 0,10 par jour en injection sous-cutanée n'exerce aucune espèce d'action sur le système nerveux cérébro-spinal (motilité et sensibilité); 2° à la dose hypodermique de 0,005 milligr. les centres vaso-moteurs sont touchés; le pouls augmente de fréquence, les artères se dilatent, la tension artérielle baisse (dicrotisme), il se produit une sudation abondante, la température monte; mais ces effets ne durent que quinze à vingt minutes; 3° le patient manifeste alors une sensation subjective de chaleur soit à l'épigastre, soit par tout le corps, mais si l'estomac est vide, il accuse aussi une pesanteur ou une crampe désagréable dans la région épigastrique; la répétition fréquente de petites doses ou une quotité de 0,05 centigrammes provoque un sentiment d'angoisse et de lipothymie des plus désagréables; 4° chez les morphinomanes sevrés de leur poison, la cocaïne assoupit pour un temps les malaises qu'ils éprouvent; par conséquent il en faudrait répéter l'injection plusieurs fois par jour; sa cherté ne correspond donc pas aux effets de ce substitutif léger. Ainsi, un morphinomane, tout en absorbant des doses de 0,40 centigrammes de cocaïne, n'avait réussi qu'à diminuer de 1 milligramme les 0,80 à un gramme de morphine qu'il lui fallait par jour; et cependant il avait éprouvé des angoisses extrêmement violentes et des tremblements de mains l'empêchant presque d'écrire. Au reste, Panas a prouvé qu'il existe deux produits dans les feuilles de coca : la cocaïne commune, émanée d'un premier traitement pharmaceutique n'est ni mydriatique, ni antimorphinique; l'éther hygrinique qu'on extrait des feuilles de

coca déjà manipulées, mydriatique, pourrait bien être l'antagoniste de la morphine, au sens de Richter[1]. P. K.

VI. Contributions pratiques a l'emploi de l'électricité chez les aliénés; par Heyden. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 1.)

Six ans de pratique à l'asile d'Eudenich. Vingt-quatre observations. On doit employer : soit la galvanisation céphalique descendante, tantôt transversale (chacun des pôles derrière les oreilles), tantôt longitudinale (anode au front, cathode à la nuque (3, 5, 8, éléments de Stœrer); soit la galvanisation et la faradisation générales (anode à la nuque ou sur le rachis, cathode dans l'eau d'un bain de pieds à + 36 à 38° C.), soit enfin les méthodes périphériques classiques. Dans ces conditions, l'électricité débarrasse les aliénés de symptômes nerveux périphériques ayant une origine centrale, surtout dans le domaine uro-génital (aménorrhée, incontinence d'urine, constipation opiniâtre), active la circulation podalique (pinceau électrique), produit du sommeil (2 cas de paralysie générale). P. K.

VII. Traitement des psychoses a l'aide de l'électricité; par Tigges (*Allg. Zeitschir. f. Psych.*, XLI, 4-5.)

C'est, comme le dit l'auteur, la partie spéciale du mémoire déjà analysé par nous[2]. On y trouve les observations accompagnées de la mise en relief des résultats thérapeutiques (tableaux, analyses, etc.). Les courants continus ont particulièrement réussi dans cinq cas de *mélancolie ;* sous leur action, les sensations anormales, les troubles parétiques, les tremblements ont complètement disparu et la maladie a guéri en 11, 14, 18, 19, 30 jours. Trois cas de *mélancolie stupide* ont guéri sous l'influence de l'électricité. Dans la *folie systématique*, on n'a obtenu tout au plus qu'un effet momentané ou partiel ; même observation à l'égard de la *démence*, dont cinq malades se sont trouvées radicalement améliorées. Dans la *manie*, quelqu'en fût le mode, l'électricité exerça réellement une influence favorable sur les symptômes, notamment sur les sensations pathologiques ; elle agit aussi, mais très peu et passagèrement, sur l'agitation et l'état de l'humeur, n'exerçant d'ailleurs aucune action sur l'évolution. Dans l'*épilepsie*, précédée d'accès maniaques, l'effet obtenu a été médiocre. Dans tous les faits où l'existence de symptômes moteurs laissait supposer le *tâbes*, le courant continu a amélioré, au moins pour un temps, l'ensemble des symptômes nerveux et psychiques. P. K.

[1] Voy. *Archives de Neurologie.*

[2] *Id.*, t. IX, p. 85.

VIII. SUR L'EMPLOI DU FER EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DANS LES PSYCHOSES; par W. NASSE (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* XLI, 4-5.)

L'oxyde de fer soluble, préparé par Finzelberg, s'obtient ainsi : on fait digérer de la viande dans de la pepsine pure additionnée d'acide chlorhydrique; on porte le tout dans un dialyseur; on évapore à siccité, la poudre rouge-brun qui résulte de ce traitement contient 25 p. 100 d'oxyde; on la fait bouillir dans de l'eau dans la proportion de 1,10. Une seringue de Pravaz, (1 gramme), contient alors 0,10 de peptonate de fer, on filtre soit 0,025 mill. d'oxyde. L'injection hypodermique de cette solution claire ne présente aucun inconvénient, elle tonifie, répare, réconforte les mélancoliques anémiques, cachectiques, hydrémiques, à la condition qu'on prolonge le traitement pendant deux, trois, voire six mois (1879-1885.) P. K.

IX. CAS DE PARALYSIE DE LANDRY GUÉRIE PAR L'ERGOTINE; par SORGENFREY. (*Neurol. Centrabl.*, 1885.)

Une semaine après avoir été soumis à un refroidissement humide de la région dorsale, on constate chez le malade, qui fait le sujet de cette observation, de l'abattement, de l'inappétence, de la lourdeur des extrémités inférieures, de la faiblesse de la marche; il est obligé de s'aliter. T = 37°,5; couché sur le dos, il meut péniblement les jambes, mais ne présente aucune anomalie du côté de la sensibilité; le phénomène du genou a disparu; les réflexes cutanés persistent. Malgré l'institution d'un traitement anticongestif, les troubles augmentent; il se produit une paralysie complète d'abord des membres inférieurs, puis des extrémités supérieures; dyspnée; parole inintelligible (aphonie); dysphagie; facies hippocratique. Au bout de trois jours la mort est devenue imminente. On ordonne, par cuillerées à thé toutes les heures, la solution suivante : ergotine Bonjean, 1 gr. 25, eau de cannelle, 60 grammes. Le lendemain matin, les symptômes bulbaires ont disparu; la motilité a reparu, quoique faible, dans les bras; les jambes tendent à récupérer leurs fonctions. Une semaine plus tard, sans qu'on fût obligé d'ordonner une nouvelle médication, le malade s'améliore, puis guérit. La paralysie de Landry ne résulterait-elle pas de troubles vaso-moteurs? P. K.

X. ENCORE UN CAS DE PARALYSIE PAR INJECTION SOUS-CUTANÉE D'ÉTHER; par H. NEUMANN. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Un phthisique en état de collapsus reçoit deux injections sous-cutanées d'éther sur les deux avant-bras. Le troisième jour sui-

vant, les endroits piqués sont douloureux et légèrement tuméfiés; les mouvements déterminent des douleurs sur la face postérieure de l'avant-bras; il lui est impossible d'étendre les médius, surtout à droite; en même temps, il existe une sensation d'engourdissement sur le bord cubital de la face dorsale des avant-bras, sur le dos des mains, au niveau du troisième métacarpien, du troisième doigt dans les épiphyses et à un moindre degré sur la face palmaire du même dos, ainsi que dans la paume de la main (même région); puis, tout disparaît, si ce n'est la paralysie du ventre de l'extenseur commun des doigts qui commande aux médius. Pendant l'examen objectif, le patient désigne fort nettement comme étant l'endroit des piqûres une zone qui, sur les avant-bras, occupe le bord cubital de la face dorsale du membre, à 10 ou 12 centimètres au-dessous de la pointe de l'olécrâne; intégrité de la sensibilité et de la motilité, si ce n'est en ce qui concerne le mouvement volontaire et l'excitation galvanique et faradique dans le domaine du radial et de l'extenseur commun des doigts (parésie surtout frappante à droite). Aucun signe de lésion du système nerveux central. P. K.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Contribution a l'anatomie des tubercules quadrijumeaux; par L. Darkschewitsch. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Préparations empruntées à des lapins, colorées par la méthode de Weigert, qui montrent très nettement la répartition et la terminaison des bandelettes optiques dans les tubercules quadrijumeaux supérieurs. La bandelette se distribue surtout aux deux tiers antérieurs du tubercule antérieur du côté correspondant; elle en occupe la périphérie externe, le segment interne de la périphérie de ce dernier organe donnant naissance à des fibres qui se dirigent vers l'écorce. P. K.

II. Nouvelle contribution expérimentale a l'anatomie du ruban de Reil, *communication provisoire*; par de Monakow. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Conclusion : 1° Une partie des irradiations blanches des parties inférieures du lobe occipito-temporal se termine, chez le chat

dans le segment latéral du corps genouillé interne. Quand ce dernier organe est intact, il y a lieu de supposer que les faisceaux temporo-occipitaux mentionnés sont indemnes. Une autre partie des faisceaux temporo-occipitaux inférieurs gagne, suivant toute probabilité, le bras du tubercule bijumeau inférieur, avec les zones marginales duquel il entre en un rapport intime. — 2° Le ruban de Reil inférieur (Forel) possède des faisceaux dont un premier se relie aux lacis de substances grises sis au-dessous du tubercule bijumeau inférieur, un second gagne les couches transverses et inférieures de l'S de l'étage supérieur ; un troisième enfin (faisceau aberrant du cordon latéral) se dirige dans les parties marginales du cordon latéral du même côté, contiguës à la corne postérieure, pour se terminer dans la substance grise de la moelle épinière. La plus grande somme des trois faisceaux provient sans aucun doute du tubercule bijumeau inférieur. — 3° Les fibres du ruban de Reil latéral (partie constituante principale du ruban de Reil ou ruban de Reil cortical issu des circonvolutions pariétales d'après Monakow), conservant, par rapport aux faisceaux pyramidaux, la situation dorso-latérale, jusqu'à l'entrecroisement supérieur des pyramides de Meynert, pénètrent, au niveau de la partie inférieure du bulbe, à l'état de fibres arciformes, dans le noyau des cordons de Goll du côté opposé, ainsi que dans le segment médian du noyau opposé des faisceaux de Burdach et s'unissent aux cellules nerveuses qui s'y trouvent.

P. K.

III. Contribution a la connaissance de la couche intermédiaire des olives; par S. Freud. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Etude du bulbe de fœtus de 5 à 6 mois par la méthode de Weigert. Les racines de l'acoustique forment une série continue affectant une direction extéro-interne et inféro-supérieure (de la moelle à la protubérance); elles se terminent dans les masses grises du même côté. Les plus externes gagnent le noyau antérieur de l'acoustique (ganglion acoustique); les moyens et une partie des internes vont au noyau interne (à grandes et petites cellules) de l'acoustique, le reste des racines internes passe, par inflexion directe, dans le noyau externe (segment interne du pédoncule cérébelleux inférieur, racine ascendante de Roller). Parmi les prolongements indirects de ces racines, on voit : 1° des faisceaux qui joignent le ganglion acoustique au noyau interne; 2° des faisceaux arqués qui unissent le noyau interne à l'entrecroisement des noyaux du toit du quatrième ventricule; 3° des faisceaux qui, partis du noyau interne, dépassent le raphé en s'enchevêtrant avec le noyau commun au facial et à l'auditif; ainsi qu'avec le faisceau longitudinal postérieur (faisceaux arqués); 4° des fibres arci-

formes allant du noyau externe aux plans profonds ; 5° des faisceaux du corps trapézoïde, sont venus du ganglion de l'acoustique (Flechsig). La couche intermédiaire des olives avoisine le point d'entrecroisement des prolongements du corps trapézoïde ; elle est par l'entrecroisement supérieur des pyramides en rapport de continuité avec les noyaux des cordons postérieurs : peut-être y a-t-il dans son sein des fibres qui rattachent l'acoustique aux tractus sensitifs de la moelle épinière. L'angle inférieur et médian du noyau interne de l'acoustique du même côté lui apporte un contingent de faisceaux bien dessinés. P. K.

IV. QUELQUES REMARQUES SUR LES NOUVEAUX TRAVAUX CONCERNANT L'ACTION DE LA CHALEUR SUR LES CENTRES RESPIRATOIRES AINSI QUE SUR LES NERFS DU CŒUR ET DES VAISSEAUX; par L. GOLDSTEIN. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

Revue critique sur les travaux d'Ackermann (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1886), de Gœdstein (*Ueber Wærmedyspnœ. Verhandl. d. phys. med. Gesellsch.* 3e *Würzburg*, N. F., IIe vol.), Sibler (*On the so called heat dyspnoia. Journ. of. Physiolog.*, t. II., P. v. Mertschnisky, (*Deitsay zur Wærmedyspnœ.* Würzbourg, 1881). Senator (*Ueber einize Wirkungen der Erwærmung auf den Kreislauf, die Athmung und Harnabsonderung. Arch. f. Physiol.*, supplt. Band., 1883), A.-Fick. (*Hat Verænderung der Temperatur des im Hirn circulisenden Bluter Einfluss cenf die Centren deau Herz-und-Gefæssnerven? Pflüger's Arch.*, v, 1871.) P. K.

V. SUR L'ORIGINE CENTRALE DU NERF ACCESSOIRE DE WILLIS; par L. DARKSCHEWITSCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

De l'examen d'embryons humains, il résulte qu'il émane d'une colonne ininterrompue de cellules, qui, dans la moelle spinale, est située en arrière et en dehors de la corne antérieure et dont le bulbe occupe par rapport au noyau de l'hypoglosse vers lequel elle se prolonge exactement la même situation. Cette colonne commence en haut au tiers inférieur des olives ou à la région dans laquelle se met à apparaître le noyau postérieur du nerf vague; on la suit en bas jusqu'à l'extrémité finale du territoire qui donne naissance à la cinquième paire cervicale. A quelque hauteur qu'on l'examine, l'aspect des cellules composantes est partout le même. La racine de l'accessoire, après avoir quitté la colonne qui constitue son noyau, décrit toujours une concavité qui regarde en bas et un peu en dehors. La onzième paire n'affecte donc aucun rapport ni avec le noyau antérieur, ni avec le noyau postérieur du pneumogastrique, pas plus qu'avec le

faisceau solitaire ou avec la formation réticulaire: mais, dans le bulbe, à la hauteur des noyaux des cordons postérieurs, le faisceau de Burdach envoie des fibres qui s'adjoignent à la racine de l'accessoire et l'accompagnent à la périphérie (découverte de Darkschewitsch): P. K.

VI. SUR UNE MODIFICATION APPORTÉE A LA NOUVELLE MÉTHODE DE COLORATION DE WEIGERT DESTINÉE AUX FIBRES NERVEUSES A MYÉLINE DES ORGANES CENTRAUX; par M. FRIEDMANN. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Association de l'acide osmique, de l'acide chromique, de l'alcool, avant de soumettre les morceaux à la double élection de Weigert. On verrait, par l'ensemble des traitements recommandés, les fibres colorées bleu intense, ou bleu noire, selon la région de la coupe envisagée. Nous ne saurions copier les recommandations techniques. P. K.

VII. SUR LES TROUSSEAUX DE FIBRES LONGITUDINALES DE LA FORMATION RÉTICULAIRE DU BULBE ET DE LA PROTUBÉRANCE; par W. BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Ces trousseaux reçoivent les manchons de myéline qui doivent les constituer par étapes correspondant à diverses périodes de la vie fœtale. Ces fibres longitudinales représentent les unes le prolongement immédiat des fibres spinales qui ont trouvé dans la formation réticulaire des relais de substance grise (interruption momentanée), les autres les tractus fournis par ces foyers gris. La substance grise de la formation réticulaire se compose d'une *zone externe* limitée dans le bulbe, en dedans par les racines de l'hypoglosse, en dehors par celles du spinal, du pneumo-gastrique, du glossopharygien, et d'une *zone interne*, originaire des cordons antérieurs, limitée dans le bulbe, en dedans par le raphé, en dehors par les racines de l'hypoglosse, ou, dans des couches inférieures de la protubérance, par les racines de l'oculo-moteur externe. Dans la zone externe, on rencontre : 1° les noyaux du cordon latéral du bulbe ; 2° les olives supérieures ; 3° un noyau de cellules petites et moyennes situé dans le territoire de la calotte du pédoncule cérébral, en arrière du noyau rouge, en dedans du ruban de Reil (découvert par Bechterew). La zone interne renferme : 1° le noyau central de Roller très développé, au niveau de l'extrémité supérieure des grosses olives ; 2° le noyau réticulé tegmenti pontis, situé dans le segment inférieur et un peu dans le segment moyen de la protubérance, au voisinage du

raphé (Voy. Bechterew. *Anat. des pédoncules cérébelleux et, en particulier, du pédoncule cérébelleux moyen*)[1]; 3° le noyau central supérieur, au niveau du tiers supérieur de la protubérance, des deux côtés du raphé, qui occupe presque toute l'étendue composée entre le faisceau longitudinal postérieur et le ruban de Reil. — I. Fibres qui doivent être considérées comme le prolongement immédiat des fibres de la moelle. De la substance blanche spinale il n'y a que le faisceau radiculaire du cordon antérieur et ce qui reste du cordon latéral qui passe immédiatement dans la formation réticulaire. Ils se rendent aux olives supérieures (fibres issues de la partie postérieure du faisceau radiculaire du cordon latéral), au noyau central de Roller (fibres du reste du faisceau radiculaire du cordon latéral et du faisceau radiculaire du cordon antérieur), au noyau réticulaire (les deux espèces de faisceaux radiculaires mais surtout celui du cordon antérieur), au noyau central supérieur (faisceau radiculaire du cordon antérolatéral). Le système latéral des débris du cordon latéral se rendent à son noyau. Quant au système dorsolatéral (aire externe de la formation réticulaire), il contient des fibres qui servent de liens entre les noyaux de la formation réticulaire et les grosses olives et les masses grises du cerveau moyen et antérieur; on y rencontre aussi des fibres longitudinales issues, les unes de la couche limitante latérale de substance grise spinale et peut-être également du système latéral des restes du cordon antérieur, les autres de la moelle allongée (trijumeau) glosso-pharyngien, pneumo-gastrique? noyau du cordon latéral?), qui gagnent, avec l'épanouissement radié de la calotte pédonculaire, la capsule interne et de là les hémisphères cérébraux. Il faut noter qu'il n'y a que le système latéro-dorsal de la formation réticulaire qui renferme des fibres émanées des débris des cordons latéraux et se rendant au cerveau moyen et au cerveau antérieur (tractus sensitif?). — II. Fibres par lesquelles les noyaux de la formation réticulaire entrent en relation avec les organes situés plus haut. Ce sont en particulier les connexions du noyau réticulaire tegmenti pontis qui sont envisagées ici; ce noyau reçoit des fibres qui le mettent en communication avec les cellules du segment antérieur (cérébelleux) de la protubérance; il envoie des trousseaux fibreux au tubercule quadrijumeau postérieur, aux masses grises qui environnent le troisième ventricule (peut-être à la couche optique ?), à la partie médian du ruban de Reil (Reichert, de Gudden) : ces derniers tractus aboutissent peut-être finalement par l'intermédiare de la substance noire de Sømmering au corps strié. P. K.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*.

VIII. De la commissure postérieure du cerveau, par L. de Darschewitsch. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

La coloration d'encéphale de fœtus d'un certain âge à l'aide de la méthode de Weigert, montre que cette commissure renferme divers systèmes de fibres ; on devrait distinguer un plan inférieur (ventral) qui de très bonne heure (fœtus de vingt-huit centimètres de long), contient des fibres à peu près parallèles ; ces fibres médianes (commissure vraie) descendent latéralement en côtoyant le bord externe de la substance grise du canal encéphalo-médullaire, et en décrivant une courbe à convexité antérieure, jusqu'à la région des faisceaux longitudinaux postérieurs ; elles se perdent alors, soit entre les fibres de ces derniers, soit dans un groupe de petites cellules ganglionnaires, elles-mêmes en connexion avec les grosses cellules de l'oculo-moteur commun. Le groupe des petites cellules en question (noyau supérieur de l'oculo-moteur commun ?) demeure en relation par plusieurs trousseaux fibreux avec le réel noyau de l'oculo-moteur commun, avec les faisceaux longitudinaux postérieurs, eux-mêmes traversés par des fibres de l'oculo-moteur commun ; par conséquent *le plan inférieur de la commissure postérieure affecte des rapports intimes avec les nerfs moteurs de l'œil et, en particulier, avec le moteur oculaire commun.* Au-dessus de la commissure postérieure, les faisceaux longitudinaux postérieurs, réduits à de rares fibres, reçoivent plus haut encore des fibres issues du groupe des petites cellules qui représentent une espèce de commissure nouvelle entrecroisée (?) au sein de la substance grise du canal encéphalo-médullaire (IIIe ventricule), où elles forment une convexité à direction inférieure ; d'autres fibres passent, sur les côtés, dans l'anse du noyau lenticulaire ou dans le corps de Luys. Il est impossible de confondre les fibres du plan inférieur de la commissure postérieure avec celles qui viennent de la substance blanche profonde du tubercule quadrijumeau supérieur (antérieur), car ces dernières ne sont pourvuès de myéline que bien après les premières. P. K.

IX. Contribution a l'anatomie des pédoncules cérébelleux et en particulier des pédoncules cérébelleux moyens ; par W. Bechterew. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Etude faite à l'aide de la méthode de Weigert sur des enfants à terme âgés de quelques semaines. — Il y a lieu de distinguer entre les fibres transverses de la protubérance qui appartiennent aux pédoncules cérébelleux moyens deux parties manifestement tout à fait différentes, d'après leur situation systématique. A cet âge de la vie en effet il existe une couche dépourvue de myé-

line ; c'est *la moitié supérieure des fibres transverses de la protubérance ou moitié cérébrale ;* l'autre ne se compose que de fibres à myélines *c'est la moitié inférieure ou spinale des fibres transverses de la protubérance.* La première, située sur le côté du pédoncule cérébelleux moyen, oblique par rapport à l'axe du corps, se dirige d'avant en arrière ; après son entrée dans le cervelet, elle occupe d'abord la portion inférieure du segment externe de l'hémisphère correspondant, dans l'écorce duquel elle se termine en arrière, à la base, et latéralement; une partie de ces fibres gagne l'écorce de la face supérieure de l'organe, mais sans toucher au vermis. La moitié spinale gagne, un peu en arrière de l'autre, le plan médian du pédoncule cérébelleux moyen, se trouve perpendiculaire à l'axe longitudinal de la protubérance, et se rend d'arrière en avant à l'écorce de la face supérieure du cervelet et du vermis. Le système spinal du pédoncule cérébelleux moyen est, de plus, relié de chaque côté aux deux moitiés de la protubérance ou des masses grises de la région inférieure; M. Bechterew appelle à cet égard l'attention sur le noyau réticulaire tegmenti pontis de Flechsig ; les faisceaux raphéiques sont chargés de transmettre aux nerfs moteurs de la moelle épinière ou aux muscles correspondants les ordres du cervelet. Le cervelet communiquerait avec le cerveau par trois espèces de conducteurs : 1° par plusieurs systèmes de fibres du pédoncule cérébelleux antérieures ou supérieures ; 2° par le système cérébral du pédoncule cérébelleux moyen ; 3° par le segment externe du pédoncule cérébelleux inférieur (corps restiforme) et notamment par les fibres qui (entrecroisées) gagnent les olives ; des olives part de chaque côté un trousseau compact de faisceaux (voie centrale de la calotte de l'auteur) qui, traversant la protubérance dans toute sa longueur, se rendent au cerveau. Toutes les fibres qui unissent le cervelet au cerveau s'entrecroisent totalement; l'ensemble de ces entrecroisements occupe toute l'étendue comprise entre le tubercule quadrijumeau supérieur et l'extrémité inférieure du bulbe. Si l'on attribue aux pédoncules cérébelleux supérieurs (et inférieurs?) la fonction centripète de transmettre aux hémisphères cérébraux la sensation extérieure (notion de situation de l'individu ; sentiment de l'équilibre), le système cérébral du pédoncule cérébelleux moyen, centrifuge, devra transmettre les commandements de l'écorce du cerveau aux hémisphères cérébelleux, afin qu'ils pourvoient à l'harmonie du déplacement du corps dans l'espace. P. K.

X. Sur le segment interne du corps restiforme et la huitième paire crânienne ; par W. Bechterew. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Etude d'encéphales d'embryons. Le segment interne du corps

restiforme contient au moins deux faisceaux séparés. L'un se garnit de myéline de très bonne heure (embryon ayant 28 à 30 centimètres de long), l'autre n'a de myéline que chez les embryons de 38 centimètres de long). Ce dernier commence dans un groupe de petites cellules nerveuses placées en arrière et au-dessus du noyau de Deiters et peut-être aussi dans ce noyau; il monte en côtoyant la paroi externe du quatrième ventricule, et se dirige, après avoir abordé le cervelet, mi-partie entre les fibres du pédoncule cérébelleux supérieur, mi-partie au-dessus de celle-ci pour se perdre entre le noyau globuleux (Kugelkern) et le bouchon (Pfropf) du même côté; quelques trousseaux pénètrent le groupe des noyaux situés dans le toit du quatrième ventricule (lobe central du cervelet); tel est le *faisceau spinal* qui ne s'entrecroise jamais. Le faisceau le plus précoce du *faisceau cérébral* placé en dehors et avant du faisceau spinal, monte entre les petites cellules sus-mentionnées et les fibres du segment externe du corps restiforme; il vient des olives supérieures du même côté et peut-être du côté opposé, ainsi que de la région du noyau de Deiters, en un mot du bulbe, et forme au-dessus des noyaux du toit du quatrième ventricule, auxquels se rend un certain nombre de ces fibres, l'entrecroisement de Meynert (grande commissure antérieure d'entrecroisement du vermis de Stilling); quelques fibres pénètrent dans la substance gélatineuse et la racine ascendante du trijumeau. Le nerf auditif se compose, lui aussi, de deux segments : *a*, l'un d'eux, pourvu de myéline chez des fœtus de 25 centimètres de long, se confond avec la *racine postérieure* des auteurs et comprend l'ensemble des fibres situées au dedans du corps restiforme qui pénètre dans l'organe central, il émane du nerf vestibulaire (*racine du nerf vestibulaire*); — *b*, l'autre, qui n'a de myéline que chez des fœtus de 30 centimètres de long, se confond avec la *racine postérieure* des auteurs, ce sont des fibres situées en dehors des corps restiformes, émanant du nerf cochléaire (*racine du nerf cohcléaire*). Aucune de ces racines n'a de communications directes avec le cervelet. La racine du nerf vestibulaire se termine surtout dans la substance grise qui occupe la paroi latérale du quatrième ventricule (au-dessus du noyau de Deiters) et, en partie, dans le bulbe, en suivant pendant une certaine étendue, les fibres du segment interne du pédoncule cérébelleux inférieur. La racine du nerf cochléaire se termine principalement dans le noyau antérieur de l'acoustique (Meynert) ou noyau accessoire de l'acoustique (Schwalbe), duquel émane le corps trapézoïde (Flechsig). P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 12 janvier 1885[1]. — Présidence de M. Westphal.

Réélection, par acclamation, du même bureau et du même comité de réception.

M. Monakow. *Contribution à l'anatomie des pyramides et du ruban de Reil*, avec présentation de pièces. — Il s'agit des recherches expérimentales sur des chats nouveaux nés par la méthode de de Gudden[2]. L'ablation du lobe pariétal droit et des faisceaux blancs de la couronne rayonnante qui se rattachent aux pyramides se traduit par l'absence totale des pyramides; mais, depuis l'entrecroisement de ces organes jusqu'à la moelle cervicale, les cornes grises antérieures se montrent intactes. Dégénérescence remarquable des cellules nerveuses qui occupent l'angle compris entre les cornes postérieures et les cornes antérieures (trousseaux gris des processus réticulaires), du côté opposé à la lésion. Cette dégénérescence est sur le chemin des altérations descendantes du faisceau pyramidal dans le cordon latéral au niveau du segment supérieur de la moelle. La substance fondamentale au sein de laquelle sont plongées les cellules qui nous occupent, est épaissie. Par conséquent, le faisceau pyramidal fournit des fibres aux cellules des processus réticulaires. Il est donc possible que par l'intermédiaire des cellules en question, les pyramides soient en rapport avec les cornes antérieures grises; mais il est extrêmement probable que les pyramides ne sont pas en rapport direct avec ces cornes. En ce qui concerne le ruban de Reil et ses origines corticales (ruban de Reil cortical), l'ablation du lobe pariétal entraîne la déchéance des trousseaux de fibres depuis la mutilation corticale jusqu'à la partie inférieure et postérieure de la couche optique partiellement atro-

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. X, p. 116 et suivantes

[2] *Id.* t. VII, p. 125, t. V, p. 94.

phiée et de là dans la même direction à travers la couche intermédiaire des olives (Flechsig), à travers les fibres circulaires qui forment l'entrecroisement supérieur des pyramides de Meynert, et, finalement, dans le noyau des cordons grêles du côté opposé. Donc le lobe pariétal, au moyen de fibres fines médianes et latérales du ruban de Reil, se rattache aux fibres circulaires et au noyau des cordons grêles du côté opposé. Spitzka, de New-York, a d'ailleurs rapporté que (*The Medic. Record.* t. XXVI, 15-18), dans un cas de foyer hémorrhagique ancien, limité, dans la protubérance à l'aire du ruban de Reil gauche, il existait une dégénérescence secondaire, ascendante et descendante. La dégénérescence s'étendait dans l'espèce jusqu'au noyau opposé des faisceaux grêles; seulement, les altérations primitives étant plus vastes que chez les chats mutilés, la destruction atteignait-elle le noyau des faisceaux de Burdach. Chez les animaux en expérience, on n'a pu constater sûrement l'atrophie de ce dernier noyau.

M. Remak. *Sur les rapports qui existent entre les phénomènes tendineux et la réaction dégénérative.* — Mémoire publié à part[1].

Séance du 9 mars 1885. — Présidence de M. Westphal.

M. Hadlich. *Un cas de tétanos céphalique.* — Jeune garçon de deux ans et quatre mois. Le 8 juin 1884, petite plaie au milieu de la joue droite. Le 10, parésie faciale droite. Le 14, trismus. Le 20, convulsions tétaniques. Le 21, légère torsion de la face à gauche, surtout prononcée pendant les jeux de physionomie, le côté droit demeurant lisse et immobile; fente palpébrale droite plus étroite que celle de gauche; la commissure buccale gauche reste seule un peu ouverte, tandis que celle de droite demeure invariablement fermée; léger abaissement de la moitié gauche de la lèvre inférieure; les ailes du nez, largement écartées, découvrent l'orifice des narines. Pour boire, l'enfant place la tasse dans la gouttière gauche de sa commissure labiale et fait pénétrer le liquide à travers ses dents serrées. Tout autre examen est impossible. Pas de convulsions pharyngo-œsophagiennes. En même temps que cette paralysie faciale droite, on note, outre les phénomènes de contracture (1/2 droite de l'orbiculaire des lèvres, des deux élévateurs et dilatateurs des ailes du nez), de véritables accès tétaniques portant surtout sur le côté droit et empiétant sur le bras et la jambe correspondants. Guérison complète vers la fin d'août. Or, sur seize cas de tétanos céphalique connus jusqu'ici, on a relevé cinq guérisons et onze morts; toutes

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. XI.

les guérisons se rattachent à l'enfance (2 ans et 4 mois — 9 — 18 — 23 ans); les morts avaient de 28 — 52 ans.

Discussion :

M. Bernhardt en rapproche le fait qui vient d'être publié par P. Wagner dans le *Schmidt's Jahrbücher*, t. CCIV, 1885, p. 135.

M. Remak. Comment expliquer l'existence de phénomènes spasmodiques sur un territoire nerveux atteint de paralysie périphérique ? Ce n'est d'ailleurs pas constant dans les cas qu'il a fournis à Güterbock; il y avait paralysie flasque complète du facial. Mais les mouvements associés se manifestent dans les paralysies faciales dès que la conductibilité volontaire s'est rétablie. Il est difficile, lorsqu'on constate l'intégrité d'autres départements nerveux, de penser à une lésion de noyaux du facial.

M. Bernhardt a publié, dans le *Zeitschr. f. Klin. med.*, VII, 4, un cas dans lequel, malgré l'existence d'une paralysie faciale grave, il y a eu des convulsions. La plupart des observateurs, en présence de tétanos de ce genre, regardent la paralysie faciale comme légère au point de vue électro-diagnostique. Du reste, on a aussi signalé la participation d'autres domaines nerveux à l'affection; aussi on a noté l'atteinte concomitante du trijumeau. Néanmoins, on ne possède à ces questions aucune réponse satisfaisante.

M. Uhthoff. *De la névrite optique dans la sclérose multiloculaire.* — L'an dernier, Gnauck a fait une communication sur ce point [1]. Voici plusieurs cas nouveaux de sclérose en plaques, avec névrite optique au niveau des papilles. Les développements de l'auteur seront publiés par l'auteur sous forme de mémoire [2].

Discussion :

M. Hirschberg. Il est rare que, dans la sclérose en plaques ou dans une myélite chronique, on observe une vraie névrite optique bien caractérisée; le plus souvent, il s'agit d'une simple décoloration de la papille.

M Uhthoff. Les cas présents ne donnent lieu à aucune espèce de confusion diagnostique.

Séance du 11 mai 1885. — Présidence de M. Westphal

M. Westphal présente un malade atteint de *sclérose latérale amyotrophique avec paralysie bulbaire.* — Homme de trente ans ; à la suite de refroidissements en 1882, aurait été affecté d'un affai-

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. X, p. 229.

[2] On les trouvera aux *Revues analytiques.* P. K.

blissement dans les jambes qui, quelques semaines plus tard, s'accroissait et se compliquait de roideur dans les articulations des membres inférieurs. Une sœur est sourde-muette. Examen : extrémités inférieures froides, notamment les jambes et les pieds, avec coloration rouge bleuâtre des orteils du bord externe du pied, de la surface correspondant au tendon rotulien. Raideur musculaire extrême, exagération excessive du phénomène du genou ; tremblement podalique suscité par les procédés que l'on sait, mais irrégulièrement ; amaigrissement des membres inférieurs sans atrophie, même partielle ; mouvements volontaires limités, faibles et tremblés, l'extension du genou avait par exemple plus de champ que la flexion. En se tenant au bord du lit, il fera quelques pas et encore la démarche est-elle spasmodique. Intégrité de la sensibilité de la vessie, du rectum ; atrophie des muscles des extrémités supérieures, surtout à la ceinture, de l'épaule et des petits muscles des mains ; profonde dépression au niveau des espaces interosseux ; aplatissement des éminences thénar et hypothénar ; les articulations de l'épaule sont seules rigides, mais le patient ne peut se servir de ses mains, il faut l'alimenter ; intégrité de la sensibilité. Parole fortement nasonnée et si mal articulée que le malade est incompréhensible ; ralentissement marqué de l'émission ; troubles de la déglutition (régurgitation nasale et toux) ; les aliments solides occasionnent des efforts spéciaux. La langue ne peut être projetée au-dela des arcades dentaires et n'est mue que lentement et défectueusement. Intégrité du facial. Rire exagérément facile, pour le motif le plus futile, à raison probablement d'une débilité mentale congéniale. Intégrité des muscles des yeux. Aucun trouble électrique, excepté dans les muscles tout à fait atrophiés qui sont inexcitables par les courants ; absence de réaction dégénérative ; cependant dans certains muscles le courant galvanique engendre, à la fermeture de l'anode, des contractions plus vigoureuses quoique normales. C'est bien à M. Charcot que revient l'honneur de la découverte de ce type clinique ; il ne manque ici que la rigidité des bras.

Aux questions de MM. Mendel et Remak, M. Westphal répond que les réflexes tendineux des membres supérieurs ne présentaient pas une exagération considérable, et qu'il n'y avait aucune espèce de réaction dégénérative, sauf la constatation de An S Z un peu plus forte que Ka S Z [1].

M. Westphal présente un homme atteint d'*une névrose consécutive à un accident de chemin de fer*. Absolument sain jusqu'au 14 janvier 1885, jour de l'accident, il est violemment projeté contre la paroi d'un wagon, retombe à terre sans connaissance, est retiré

[1] Voy. pour l'explication des termes : Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, f. I, p. 135.

d'entre les débris de la voiture et revient à lui au bout de cinq à sept minutes. Il ne présente à ce moment aucune blessure extérieure, mais reste très agité. Insomnie, cauchemars, douleurs céphaliques et rachidiennes, paresthésies de diverses sortes, sensations d'engourdissement. Ce qui frappe l'observateur, ce sont : l'angoisse, la dépression, les conceptions hypochondriaques, l'insomnie et les cauchemars pendant lesquels revient sans cesse l'histoire de l'accident ; pendant la journée, le malade est pris d'accès d'angoisse immotivée ou à l'occasion d'un coup de sifflet de la locomotive ; de temps à autre, inquiétude occasionnée par des visions. Tel est l'état depuis le 17 février jusqu'à ce jour. Constance égale des altérations de la sensibilité qui finit par disparaître par tout le corps, y compris les muqueuses ; on ne trouve bientôt plus de sensibilité tactile et douloureuse, qu'au pourtour des narines, aux lèvres, à la demi inférieure du sternum, en deux places symétriques de la face antérieure du bras, en un point sis à gauche de l'espace compris entre les septième et neuvième vertèbres dorsales, en deux endroits symétriques de la face interne des cuisses au-dessns des articulations du genou, au pénis, sur le scrotum. Champ visuel des deux yeux remarquablement restreint pour le blanc et les couleurs. Suppression presque complète de l'odorat et du goût ; diminution de l'acuité auditive, surtout à droite ; intégrité du fond de l'œil ; photophobie et flammes devant les yeux. Sens musculaire atteint, mais il est encore impossible de nettement se prononcer sur ce sujet. Intégrité des muscles des yeux. Affaiblissement très notable de la force des mains, tremblements à l'occasion des mouvements voulus, et même souvent au repos. Démarche circonspecte, mesurée, pénible ; se fatigue facilement. Dans le décubitus dorsal, faible, raideur dans les membres, phénomènes tendineux normaux ; mouvements actif faibles. M. Westphal termine en s'inscrivant contre les critiques de M. Charcot à propos du mémoire de Thomsen et Oppenheim [1].

M. Westphal présente enfin un patient atteint de *névralgie de la cinquième paire avec troubles trophiques* du côté droit, qui dure depuis plusieurs années ; les douleurs sont surtout prononcées dans les branches maxillaires des nerfs ; et des troubles trophiques portent sur la gencive et les dents des deux maxillaires.

Discussion :

M. Oppenheim combat les critiques de M. Charcot [2].

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XL, p. 80 et 83, et *Progrès médical*, 1885. *A propos de six cas d'hystérie chez l'homme.*

[2] M. Oppenheim a publié depuis un mémoire spécial que l'on trouvera aux Revues analytiques. P. K.

M. HIRSCHBERG. Les feuilles destinées à consigner le champ visuel ne représentent pas la véritable fonction de la rétine du malade, qui arrive évidemment à s'orienter parfaitement; par conséquent, possède une acuité visuelle relativement bonne.

M. SANDER, demande s'il y a eu dans l'espèce des états épileptoïdes. — Réponse négative.

M. REMAK. Y a-t-il sous roche une lésion organique? Réponse dubitative ; en tout cas, il s'agit non d'une hystérie, mais d'une névrose spéciale (Westphal, Thomsen, Oppenheim).

M. RICHTER (de Dalledorf). *De la dégénérescence secondaire des trousseaux optiques, à la suite d'altération des lobes occipitaux.* Sera publié *in-extenso*[1].

Présentation et exposition du mécanisme du *nouveau rhéostat à bande de toile de Hecker*[2]. Avis favorable de M. BERNHARDT.

Séance du 8 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. HIRSCHBERG. Présentation de malades : *Sur le rapport qui existe entre l'épicanthus congénitale et l'ophthalmoplégie*[3].

M. WESTPHAL. *Sur un cas remarquable de paralysie périodique des quatre extrémités.* Sera publié ailleurs[4].

Discussion :

M. BENHARDT. N'y aurait-il pas eu des signes de fièvre intermittente (tuméfaction de la rate, etc...). A-t-on essayé la quinine? Action possible du poison malarien analogue à celle du curare, poison pouvant du reste appartenir à la classe des ptomaïnes (Voy. les faits de Weber dans la thèse de Harting : *Ueber einen Fall von intermittirender paralysis spinalis.* Halle. Anal. in. *Centralbl. f. d. medic. Wissensch.*, 1875, n° 428).

M. REMAK. La littérature médicale renferme plusieurs exemples de paralysie spinale intermittente semblables sans aucune altération de l'excitabilité électrique.

M. SENATOR. Ces paralysies malariennes se peuvent montrer sans qu'il y ait eu auparavant d'accès de fièvre proprement dits.

M. WESTPHAL. La maladie date de cinq ans. Il n'y a, pendant tout ce temps, pas eu lieu de penser à la fièvre intermittente. Des phénomènes passagers de ce genre ont été vus dans la sclérose en plaques. L'intégrité de la sensibilité permet de rejeter

[1] Nous analyserons alors. P. K.

[2] Voy. Revues analytiques, in. *Archives de Neurologie.*

[3] Id.

[4] Nous l'analyserons alors.

l'opinion de W. Sander (convulsion des vaisseaux spinaux d'après les expériences de Stenson); d'ailleurs dans ces expériences, l'excitabilité électrique disparaît quand survient la paralysie, et reparaît quand la circulation est rétablie.

M. Remak présente une malade de trente ans, atteinte de *névrite généralisée avec altération électrique grave de divers territoires nerveux, y compris le facial qui, quoique demeuré indemne des deux côtés, présentait les altérations électriques les plus graves*. (Publié *in extenso* dans la *Neurol. Centralb.* de 1885 [1].)

Discussion :

M. Oppenheim. Peut-être s'agissait-il d'un alcoolique? — Réponse négative. — Et la sensibilité des nerfs? Ils sont sensibles à la pression, mais on ne constate pas les sensations excentriques normales que déchaîne d'ordinaire l'excitation électrique.

M. Jastrowitz communique un cas semblable.

Séance du 13 juillet 1885. — Présidence de M. Westphal.

M. Lilienfeld. *Un cas de névrite multiloculaire chez un alcoolique*, remarquable par un trouble de coordination extrême dans les extrémités inférieures. En même temps, délire alcoolique et double paralysie de l'oculomoteur externe, de sorte qu'au début le diagnostic était impossible. Plus tard se montrèrent les autres signes d'une névrite multiloculaire, ainsi qu'une névrite optique bilatérale. Actuellement, convalescence, il n'existe plus que de l'ataxie des jambes et encore est-elle relativement faible.

Discussion :

M. Remak. Dans le cas qu'il a communiqué à la dernière séance, il y avait aussi névrite optique bilatérale sans trouble fonctionnel considérable. Cela a déjà été signalé par Eichhorst, Struempell, Lœwenfeld.

M. Mœli. *Remarques sur la réaction des pupilles* [2]. — Cinq cents paralytiques généraux observés en quatre ans se résument en :

Disparition de la réaction des pupilles à la lumière.	47 p. 100
Réaction pupillaire à la lumière douteuse.	4 —
— — — extrêmement petite.	10 —

L'inertie de la pupille est plus fréquente chez les malades privés du réflexe tendineux patellaire [3]. Il est bien rare de voir la

[1] Voy. *Arch. de Neurologie.* Revues analytiques.

[2] A rapprocher du mémoire de Mœbius, *Arch. de Neurol.*, t. IX, p. 252.

[3] Voy. le mémoire de Mœli, in *Arch. de Neurol.*, t. VI, p. 404, 405.

pupille ne pas se contracter pendant l'acte de la convergence; encore plus rare est la paralysie du muscle accommodateur.

Parmi les malades observés pendant plusieurs années, qui, à raison de la rigidité des pupilles à la lumière, étaient soupçonnés de paralysie générale, la moitié d'entre eux devint tabétique ou paralytique général. Si l'on fait abstraction des malades affectés de lésion cérébrale grossière, on rencontre la rigidité, l'immobilité des pupilles à la lumière dans la syphilis et ce symptôme se combine de la manière la plus variée quant au temps avec d'autres paralysies de l'oculo-moteur commun, ou se rencontre seul. L'immobilité des pupilles à l'égard de l'agent lumineux, incomplète ou passagère, se rencontre tout à fait isolément dans l'alcoolisme. La proportion de ce symptôme chez les aliénés non paralytiques, chez les tabétiques ou dans les cas de lésion cérébrale, est tout au plus de 1,4 p. 100 et probablement de moins. Bien que la recherche des fibres qui occupent la paroi ventriculaire ait conduit à des résultats douteux, M. Mœli, se basant sur l'observation d'une tumeur qui occupait le troisième ventricule, et tenant compte des expériences de Christiani, Bechterew, Gudden, tient pour probable que l'inertie des pupilles en présence de la lumière, se rattache à des altérations ventriculaires.

Discussion :

M. Thomsen a examiné à ce point de vue mil sept cent aliénés. Sur trois cent soixante-six paralytiques généraux, 47 p. 100 présentaient l'immobilité de la pupille en présence des rayons lumineux. Sur cent quatre-vingt-neuf épileptiques, la réaction de la pupille se montra constante; un seul d'entre eux présenta une rigidité, une immobilité pupillaire passagère pendant trente heures. Sur deux cent quatre-vingt-dix-huit cas de folie systématique, quatre malades étaient affectés d'immobilité de la pupille dans les mêmes conditions: un d'entre eux était soupçonné de tabes, l'autre avait eu antérieurement la syphilis. Sur six cent soixante-dix alcooliques, on rencontre chez quatorze d'entre eux l'inertie immobile des pupilles. Au total, sur trois cent soixante-six paralytiques généraux, 47 p. 100 offraient le symptôme en question, et, sur mil trois cent vingt-cinq aliénés non paralytiques, 29, c'est-à-dire 2,1 p. 100.

M. Siemerling. Examen de sept cent femmes aliénés dont quatre-vingt-une paralytiques générales. Chez les paralytiques généraux; inertie pupillaire à la lumière en quarante quatre cas, soit 54 3 p. 100. Chez les autres aliénées, dix cas d'inertie pupillaire portant sur trois démences séniles, trois tabétiques, deux épileptiques, un syphilis de la base, une folie systématique, soit une proportion de 0,6 p. 100.

M. Oppenheim. Dans la section des maladies nerveuses l'inertie

pupillaire se rencontre de préférence chez les tabétiques et, en particulier, chez les cérébraux syphilitiques : c'est peut-être le seul symptôme de l'affection. Il l'a observé deux fois à la suite de traumatisme céphalique et de commotion cérébro-spinale. Un malade atteint de lésion cornéenne présentait une vive exagération de la réaction pupillaire, due probablement à une hyperesthésie notable de la rétine.

M. Uhthoff. Il ne saurait y avoir d'inertie pupillaire traumatique sans luxation cristallinienne; elle est généralement unilatérale. Sur dix mille ophthalmiques, il a vu deux fois de l'inertie pupillaire dans le cas d'arrêt de formation congénitale de l'écran irien, et une fois chez un enfant atteint de syphilis héréditaire. Il importe du reste, de bien distinguer l'inertie pupillaire de la paralysie de l'accommodateur, car elles peuvent exister ou manquer indépendamment l'une de l'autre. L'inertie pupillaire se rencontre de préférence chez les spinaux; quand l'accommodation fait aussi défaut, il s'agit généralement de syphilitiques.

M. Jastrowitz. En dehors de l'alcool, d'autres poisons peuvent nuire à la réaction des pupilles : voyez plutôt les morphinomanes.

M. Sander. Observation dans laquelle une tumeur développée dans le segment postérieur du troisième ventricule n'avait détruit que d'un côté la substance grise de la cavité; l'œil correspondant au côté lésé présentait de l'inertie pupillaire. A ce propos, M. Mœli a-t-il toujours vu l'inertie pupillaire être bilatérale? Quelles sont les dimensions des pupilles observées par lui dans ses recherches? Comment se présentait le phénomène dans le cas des pupilles inégales? Quel était l'âge des individus examinés?

M. Mœli. Dans 10 p. 100 des cas qui lui appartiennent, il y avait des différences entre les deux côtés. Il est rare qu'une pupille ait bien réagi quand l'autre demeurait inerte. Généralement, quand une des pupilles réagissait mal, l'autre se montrait paresseuse. Les instillations de cocaïne n'ont, malgré la dilatation obtenue, exercé aucune action sur l'inertie pupillaire. Une pupille très resserrée ne peut généralement plus se bien contracter, mais le fait est loin d'être fréquent. Il y a myosis pour un diamètre pupillaire de deux millimètres et au-dessous.

Séance du 9 novembre 1885. — Présidence de M. Westphal.

M. Uhthoff présente une malade qui après avoir eu une *névrite du trijumeau droit* (rameaux ophthalmique et maxillaire supérieur), avec atteinte du nerf lacrymal, a conservé de l'*acrinie lacrymale*. L'inflammation a commencé par l'incisive externe supérieure

droite, qu'il fallut enlever, et s'est propagée de bas en haut en occasionnant de violentes douleurs dans les deux rameaux susmentionnés (joue, front, œil); puis, assez brusquement, la sécrétion lacrymale s'est tarie du même côté. Sensibilité très grande à la pression du nerf sous-orbitaire à son point d'émergence, pendant longtemps. Troubles de la sensibilité dans le domaine de la branche maxillaire supérieure; ils rétrocédèrent du reste tandis que s'installait à demeure l'acrinie lacrymale.

Discussion :

M. Oppenheim a vu un fait dans lequel, à la suite d'une paralysie de l'oculomoteur commun et du trijumeau du côté droit, imputable à la syphilis, la malade ne pouvait plus pleurer qu'avec l'œil gauche ; mais, en dehors des émotions, l'œil gauche, sain demeurait invariablement sec, alors que l'œil droit était en permanence lubréfié par les larmes.

M. Remak. Rappelons-nous l'hypersécrétion lacrymale unilatérale dans les névralgies de la maxillaire supérieure du trijumeau.

M. Krause. — *Des troubles fonctionnels du larynx dans les affections du système nerveux central.* Examen à ce point de vue plus de 200 malades à la clinique neuropsychiatrique de Berlin. On rencontre ces troubles dans la syphilis spinale, la chorée, les tumeurs cérébrales, l'hémiplégie, la paralysie saturnine, l'hystéro-épilepsie, l'épilepsie, l'aphasie, le railway-spine, la paralysie pseudo-bulbaire, la paralysie générale, la sclérose en plaques, la paralysie bulbaire et le tabes. Dans la *chorée,* il s'agit presque toujours d'un tremblement des cordes vocales, faiblement tendues et d'une parésie des muscles des adducteurs ; les muscles du larynx ne sont pas affectés de mouvements choréiques. — *Syphilis spinale* (un cas), immobilité de la corde vocale gauche, près de la ligne médiane, puis elle reprend ses fonctions ainsi que les extrémités du même côté, sous l'influence des onctions mercurielles. — *Paralysie saturnine* : six cas sans altération ; un cas caractérisé par une paralysie de la corde vocale gauche ; un autre fait, dans lequel on constate un tremblement marqué des cordes vocales et de la parésie des adducteurs. — *Tumeur cérébrale* : un cas de gliosarcome du corps strié et du lobe temporal gauches; paralysie de la moitié droite du larynx ; bien qu'on ne puisse le faire servir à une localisation exacte, ce fait, de concert avec une observation de paralysie pseudo-bulbaire, qui sera mentionnée plus tard, confirme l'existence d'un centre cérébral laryngien. — *Hystérie, hystéro-épilepsie, épilepsie* : hémianesthésie de la muqueuse nasale, du voile du palais, du pharynx, du larynx, de la trachée (généralement à gauche, de même que pour le reste du corps ; en un cas, inversion de l'action des cordes vocales qui se rapprochent pendant l'inspiration, tandis que, pendant l'expira-

tion et la phonation, elles s'écartent très largement. — *Railway-spine* : deux cas; anesthésie très étendue de la peau et de la muqueuse des voies aériennes supérieures, à l'exception d'un très petit nombre d'endroits irrégulièrement disposés. — *Pseudo-paralysie bulbaire* ; un cas; l'autopsie démontra plusieurs foyers disséminés dans la substance blanche du cerveau; on avait pendant la vie constaté une parésie très prononcée des adducteurs de la corde vocale droite ; la corde vocale gauche était totalement paralysée, de même que les extrémités de ce côté. — *Aphasie* : 4 cas, un des malades observé pendant cinq semaines présentait des troubles de la motilité du larynx, aggravation croissante, parésie progressive des muscles de la glotte, d'où phonation remarquablement pénible, voix grave, modification du timbre (grosse). *Paralysie générale*, la parole nasonnée a paru sous la dépendance du voile du palais ; la voix grave a semblé dépendre de la flaccidité et de l'atrophie des rubans vocaux, tandis que les muscles respirateurs, continuant à fonctionner par voie réflexe, conservent leur aptitude pleine et entière. — *Sclérose en plaques* : état semblable. — *Paralysie bulbaire progressive*; fréquemment, parésies unilatérales, ou paralysies totales du voile du palais, des constricteurs pharyngiens, de la charpente musculaire du larynx, troubles de la sensibilité, parfois aussi des cordes vocales sont d'un côté ou des deux fixées, immobiles au milieu du larynx, c'est là ce qu'on appelle la paralysie postérieure due, d'après les expériences de Krause, dans un grand nombre de cas, à une contracture spasmodique des adducteurs des cordes vocales; ce mécanisme tout récemment admis par A. Kœhler, Gerhardt et Michael, a pour lui un fait dans lequel à la suite d'une infection syphilitique, dans le cours d'une paralysie bulbaire, survint soudain une sensation de constriction de la gorge qui laissa après elle une dyspnée permanente ; les cordes vocales présentaient une tension telle, une fixité si solide, près de la ligne médiane, que le courant phonétique expiratoire faisait entrer en vibration non les deux rubans vocaux, mais les cordes vocales supérieures : à l'autopsie, on trouva une adhérence intime et ferme de la dure-mère à l'arachnoïde, au niveau de la partie inférieure du plancher du quatrième ventricule. Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre une contracture spasmodique ou une contracture réflexe consécutive à une lésion du noyau du laryngé supérieur. Dans un autre cas, la dyspnée se montrait subite en pleine rue, et l'on découvrait une contracture bilatérale des adducteurs. — *Tabes* : sur trente-trois cas de trouble fonctionnel grossier, l'orateur a observé 13 parésies ou paralysies de toute espèce qui parfois viennent, s'en vont, reviennent; souvent il n'existe aucun trouble grossier de la voix. Voici, par exemple, un professeur tabétique qui, malgré la paralysie d'une corde vocale put continuer à en-

seigner le chant. On est cependant frappé, en d'autres circonstances de l'occurrence d'une véritable ataxie des cordes vocales ; mouvements spasmodiques de ces rubans qui occupent une situation intermédiaire à l'adduction et à l'inspiration (comparaison avec le nystagmus ataxique de Friedreich). En trois cas de crises laryngées chez des tabétiques, l'orateur a constaté des phénomènes d'excitation spéciaux du larynx ; en chaque cas, il existait une contracture bilatérale des adducteurs des cordes vocales ; les accès diminuèrent prodigieusement de nombre et d'intensité et cessèrent par intervalles, tout à fait après le badigeonnage à la cocaïne (cas de la clinique de Gerhardt). Si l'on rapproche l'observation des phénomènes d'excitation avec contracture des cordes vocales, du résultat obtenu par l'électrisation du laryngé supérieur qui, de même que les excitants mécaniques ou chimiques des branches terminales du nerf en question dans la muqueuse laryngienne, produit, par voie réflexe, la fermeture de la glotte, si l'on ajoute que les accès laryngo-spasmodiques s'arrêtent par application de cocaïne sur le larynx, et cessent totalement par intervalles, on conclura tout naturellement que les accès sus-mentionnés résultent d'une excitation. Comme on constate dans l'espèce une dégénérescence du nerf vague, on est contraint de formuler l'opinion que les crises laryngées émanent d'une contracture réflexe des adducteurs des cordes vocales, due à une excitation dégénérative du laryngé supérieur, contracture susceptible d'être augmentée à l'occasion par des excitations périphériques ou centrales et de se transformer en un spasme complet obturant hermétiquement la glotte.

Discussion :

M. Thomsen. Dans un des faits de paralysie générale visés par l'orateur il y avait eu, bien avant l'apparition de troubles psychiques, des accès de dyspnée et des parésies de la charpente musculaire du larynx.

M. Remak combat l'opinion de M. Krause, relative à la tension unilatérale des adducteurs, dans les processus centraux qui se traduisent par des accès. La contracture serait, si l'on veut, secondaire, à peu près comme dans le pied-bot paralytique, en matière de paralysie spinale infantile ou de déchet congénital de certains territoires de la moelle. (Voy. le cas de Remak : spina bifida chez un enfant.)

M. Krause. Je ne nie pas, d'une manière générale, l'existence d'une paralysie postérieure centrale ou périphérique. Mais la paralysie partielle du noyau du nerf vago-accessoire, acceptable dans certains cas, n'explique ni la soudaineté de la contracture des adducteurs, ni la constance des phénomènes. Cette constance, au contraire, s'éclaire par la conception d'une lésion portant

uniformément sur toutes les fibres radiculaires et l'agent électrique montre que les adducteurs l'emportent en tant que groupe musculaire le plus puissant.

M. Oppenheim. *Contribution à la pathologie de la névrite multiloculaire.* — Préparation à l'appui. Il s'agit d'un cas de paralysie atrophique des extrémités inférieures chez un homme de quarante ans; cinq à six mois avant la mort, faiblesse dans les jambes, avec douleurs lancinantes et paresthésies. L'examen décèle de la tuberculose pulmonaire, de la parésie atrophique des membres inférieurs, des altérations électro-musculaires, l'absence du phénomène du genou, de légers troubles de la sensibilité, l'intégrité de la vessie et du rectum. Au microscope, il existe une névrite dégénérative, une atrophie musculaire, portant sur un grand nombre de nerfs des membres inférieurs, une lésion circonscrite de la corne antérieure droite, de la moelle lombaire supérieure. Les lésions étendues de la périphérie ne pouvaient dépendre de la moelle épinière, lésions centrales et périphériques provenaient du même agent morbide. En même temps, l'orateur communique plusieurs observations de paralysie alcoolique, les unes améliorées, les autres guéries. Quoique les observations qu'on possède jusqu'ici prouvent que l'inflammation ou la dégénérescence des nerfs périphériques représente le substratum anatomique fondamental du tableau morbide, on note fréquemment aussi des symptômes qui indiquent une lésion centrale, et, dans un cas donné, il est difficile d'exclure ou de diagnostiquer l'existence simultanée d'une lésion centrale.

Séance du 14 décembre 1885. — Présidence de M. Westphal.

Discussion relative à la communication de M. Oppenheim.

M. Siemerling. Observation d'une alcoolique de trente-quatre ans, atteinte de délire, de réaction paresseuse des pupilles, de parésie des membres inférieurs; elle ne peut marcher qu'en s'appuyant, à la condition d'élever anormalement les pieds et de piétiner. Grande sensibilité au contact de la peau et des muscles. Mort en état de collapsus. Les viscères sont parsemées de lésions caractéristiques de l'alcoolisme chronique; intégrité de la moelle, des racines antérieures et postérieures. Dégénérescence des nerfs crural, sciatique, surtout dans leurs branches musculaires. Multiplication extrêmement nette des noyaux des fibrilles musculaires (droit antérieur de la cuisse, péroniers). Le processus paraît avoir débuté par les branches nerveuses périphériques.

M. Bernhardt. Les processus poliomyélitiques récents se distinguent très nettement des foyers anciens. Ce qui est remarquable dans le cas d'Oppenheim, c'est l'apparition finale de la

tuberculose (v. Joffroy). Peut-être y a-t-il, comme dans l'affection semblable du kakké japonais, des micro-organismes (constatation récente) ? Il serait bien difficile de rattacher le ralentissement du poids qu'il signalait au nerf vague; on eût dû, s'il en était ainsi, trouver de l'accélération du poids.

M. Remak. On a sans doute confondu, jadis, souvent tabes et polynévrite. Le diagnostic différentiel réside dans l'examen électrique; la réaction dégénérative ne survient jamais dans le tabes, mais elle peut être très peu marquée dans la névrite, notamment dans la névrite alcoolique et ne consister que dans la lenteur de An S Z[1]. L'orateur renvoie à son travail sur *les rapports entre les phénomènes tendineux et la réaction dégénérative*[2].

M. Moeli. *Importance du mode de recherche de Jendrassik sur le phénomène du genou*[3]. — Son procédé permet de distinguer la névrite du tabes. Dans les premières affections, on peut en l'employant réveiller l'apparition du réflexe tendineux rotulien invariablement absent dans le tabes.

M. Remak loue le procédé de Jendrassik, mais il croit, contrairement à ce dernier, que c'est la tension de la charpente musculaire de la jambe occasionnée par la situation du malade qui rend plus facile la provocation du phénomène du genou. D'ailleurs, dans le tabes pas plus que dans la névrite du crural, il n'a pu faire reparaître le réflexe rotulien.

M. Oppenheim. Les vieux foyers de poliomyélite qui datent de plusieurs mois se traduisent par un tableau clinique exactement semblable à celui de la névrite. Quant au pouls, il a insisté également sur son accélération dans quelques cas; du reste, même au début, de la névrite, on peut avoir affaire à des accidents d'excitation du pneumo-gastrique qui entraînent du ralentissement du pouls. Le réflexe rotulien a fait défaut dans ces observations, sans qu'on ait constaté de troubles marqués dans les phénomènes électro-musculaires du triceps fémoral. Jamais par le procédé de Jendrassik, il n'a pu faire revenir le phénomène du genou absent, lorsque l'alcoolisme durait depuis un temps assez long.

M. Liman parle en détail du cas de Anna Rother (procès Graef); il montre que cette personne est une épileptique ou une hystéro-épileptique débile au point de vue mental qui n'est pas en état de discerner la culpabilité de son parjure. Ce n'est pas une simulatrice. La simulation est d'ailleurs rare, car, d'après les observateurs français, dans un espace de temps de cinquante années, sur

[1] Voy. la note de la page 113.

[2] Voy. *Archives de Neurologie :* Revues analytiques.

[3] *Id.*

43,000 prisonniers, il n'y a eu qu'un simulateur; on a, en revanche, observé 264 aliénés.

Discussion :

M. FALK. Mais plusieurs des réponses de Rother sont en faveur de la simulation, qui, du reste, n'exclut pas le diagnostic de débilité mentale simultanée.

M. LIMAN. Les réponses absurdes qui rappellent celles de simulateur lui ont été faites à lui comme à d'autres experts.

M. THOMSEN présente un homme de trente ans affecté d'anesthésie complète et persistante à la tête, aux mains, aux pieds, atteinte des organes des sens. Au début même, et passagèrement le sens musculaire et la perception des couleurs étaient affectés. Ce malade fut séquestré pour incohérence hallucinatoire; il se calma bientôt; plus tard il ne présenta plus qu'une légère démence avec timidité sauvage. Bien portant jusqu'en 1881 ; c'est alors qu'une blessure céphalique grave aboutit à une excitabilité psychique et nerveuse; affaiblissement mental et nerveux. Aucune convulsion, mais accès de céphalalgie. Depuis longtemps il sait qu'il ne sent plus sa tête et qu'il a perdu le goût et l'odorat. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 1.) P. KÉRAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Sur un cas de destruction du lobe temporal gauche par un néoplasme sans aphasie, chez un gaucher;* par C. WESTPHAL (*Separat-abdruck aus der Berlin. klin. Wochenschr*, n° 49, 1884).

Tout l'intérêt de cette observation gît précisément dans l'habitude du malade de se servir de la main gauche, habitude qui en faisait un droitier du cerveau. C'est pourquoi la lésion siégeant à gauche ne détermina pas de symptômes; elle en eût provoqué, si elle eût siégé à droite. P. K.

II. *Nature et traitement de la chorée;* par SARIC. (Thèse de Paris, 1885.)

Dans ce travail, l'auteur, qui s'est inspiré d'une leçon de M. Joffroy, montre que les arguments qu'on a invoqués pour faire de la chorée une affection rhumatismale sont insuffisants

Les accidents rhumatismaux ont souvent manqué chez les choréiques, c'est un fait qui n'est plus à démontrer : M. Bouchut, par exemple, a depuis longtemps cité des cas où la névrose avait succédé à un traumatisme. Bien que cette affection ne soit pas exclusive aux jeunes gens, on peut d'une manière générale accepter la dénomination de *névrose de croissance* adoptée par M. Joffroy. M. Saric fait remarquer avec juste raison que le domaine de la chorée se rétrécit à mesure que l'on connaît mieux l'hystérie; il se rétrécira encore, croyons-nous, quand on connaîtra mieux l'hystérie infantile : on retrouve, en effet, souvent chez les enfants mâles et femelles atteints de chorée un certain nombre de stigmates permanents de l'hystérie et en particulier l'anesthésie sensitivo-sensorielle ; les zones douloureuses céphaliques, hypogastriques, rachidiennes, etc. M. Saric signale d'après M. Joffroy la fréquence de l'abolition des réflexes rotuliens dans la chorée. Rapprochant ce phénomène du signe de Westphal dans l'ataxie, on arrive à comparer les arthropathies de la chorée aux arthropathies de l'ataxie au point de vue de leur pathogénie. C'est une déduction qui mériterait de s'appuyer sur des données plus certaines.

Ch. F.

III. *De la névralgie des plexus lombaire et sacré, d'origine traumatique* (tour de reins); par P. Tricard. (Thèse, Bordeaux 1886.)

M. Tricard, se basant sur l'existence d'irradiations ilio-fémorales de la douleur, admet avec le professeur Nielly que l'affection vulgairement appelée tour de reins est une névralgie des plexus lombaire et sacré et non une rupture musculaire. L'origine de l'affection serait le pincement et le tiraillement auxquels sont soumises les branches nerveuses dans les contractures exagérées du psoas et des muscles des gouttières vertébrales. Ch. F.

IV. *Des rémissions dans le cours de la paralysie générale*; par J.-B. Larroque. (Thèse, 1886.)

L'histoire des rémissions dans la paralysie générale date de Boyle, et, depuis lors, elle a préoccupé un grand nombre de médecins. Cette thèse, faite à Charenton sous la direction de M. Christian, comprend un résumé assez détaillé de la question, et aurait constitué un document très intéressant si les vingt-six observations qu'elle contient avaient été plus explicites. Elle paraît exprimer l'opinion de M. Christian, qui s'est lui-même préoccupé de ce point de clinique; elle mérite donc que nous donnions un aperçu de ses conclusions.

Les rémissions de la paralysie générale dont l'existence ne peut

être mise en doute n'ont pas jusqu'à présent été mises en rapport avec un état anatomique quelconque. Ces rémissions qui s'observent environ une fois sur huit malades diffèrent des rémissions des autres maladies mentales; elles sont complètes ou incomplètes : ces dernières sont les plus fréquentes. Elles s'observent dans toutes les formes de paralysie générale, mais principalement dans les formes expansives, et au début. Elles durent en général de six mois à un an, quelquefois deux ou trois ans; elles s'effectuent lentement, et le plus souvent et plus complètement à la suite d'affections incidentes et en particulier à la suite de lésions suppuratives médicales ou chirurgicales dans les rémissions incomplètes; les troubles qui persistent le plus souvent sont l'embarras de la parole, les troubles pupillaires; la débilité mentale. — Les rémissions sont plus fréquentes chez les héréditaires, et souvent elles se répètent chez le même malade sans que des affections intercurrentes ou toute autre cause semblent jouer un rôle dans leur production. On les voit surtout dans la paralysie générale à double forme dont elles reculent le terme fatal. Elles sont très fréquentes encore dans les pseudo-paralysies générales alcooliques; il en est de même dans les pseudo-paralysies générales syphilitiques ou saturnines que l'auteur confond d'ailleurs avec la paralysie générale vraie. — Chez les femmes qui présentent souvent les formes dépressives, les rémissions sont plus rares. — Il n'y a guère que les révulsions prolongées qui, en imitant le procédé de la nature (suppurations) aient quelquefois paru provoquer des rémissions au début. Ch. F.

V. *Contribution à l'étiologie de la chorée*; par Saguet. (Thèse, 1885.)

L'auteur résume lui-même sa thèse dans cette proposition unique : « La chorée peut être consécutive aux maladies infectieuses, un grand nombre d'observations le démontrent. » Si on prend cette conclusion à la lettre, on sera de l'avis de l'auteur M. S...; souvent la chorée se manifeste *à la suite* des maladies infectieuses. L'auteur aurait pu consulter avec fruit sur l'étiologie et la physiologie pathologique de la chorée les thèses des deux élèves de M. le professeur Pierret, de Lyon (Foucherand, 1883; Sage, 1884). Ch. F.

VI. *De l'amblyopie liée à l'hémianesthésie et spécialement de l'amblyopie hystérique*; par A.-F. Hitier. (Thèse, 1886).

De ce travail fait à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot et sous la direction de M. Parinaud, l'auteur tire les conclusions suivantes :

L'amblyopie hystérique est caractérisée :

Par le rétrécissement du champ visuel; par une dyschromatopsie spéciale qui n'est pas constante; par l'intégrité relative de l'acuité visuelle; par la coexistence habituelle de troubles de l'accommodation et de la polyopie monoculaire; par l'absence de lésions du fond de l'œil.

Cette amblyopie n'est pas absolument propre à l'hystérie; on la rencontre dans toutes les affections qui intéressent l'appareil sensitif dans son ensemble, particulièrement sous forme d'hémianesthésie, mais elle n'en reste pas moins un symptôme de *première importance pour le diagnostic de l'hystérie.* Dans l'épilepsie pure, d'après nos recherches, elle est très rare, et il est probable que plusieurs états nerveux où on l'a signalée doivent être rattachés à l'hystérie.

Cette amblyopie, comme l'hémianesthésie dont elle fait partie, doit être rapportée à une lésion de l'hémisphère opposé. Elle démontre qu'il y a un rapport croisé entre chaque nerf optique dans sa totalité et l'hémisphère.

D'autre part, il y a des faits qui prouvent qu'une lésion de l'hémisphère peut produire l'hémiopie. Il faut en conclure que les rapports des nerfs optiques avec les centres visuels cérébraux sont plus complexes qu'on ne l'a cru jusqu'ici. CH. F.

VII. *Recherches expérimentales et cliniques sur l'action somnifère de la boldo-glucine*; par R. JURANVILLE. (Thèse, 1885).

D'après les expériences de MM. Laborde et Juranville, la boldo-glucine possède une action hypnotique incontestable. Ce sommeil peut être rapproché du sommeil naturel : 1° parce qu'il en a le calme, l'absence à peu près complète d'anesthésie, etc.; 2° au point de vue de l'état de la respiration, qui se régularise en même temps que le nombre des inspirations diminue légèrement; 3° au point de vue des échanges nutritifs dont la diminution est révélée par une diminution notable dans la quantité d'acide carbonique exhalé; 4° au point de vue de l'état de la circulation encéphalique, le cerveau étant moins congestionné qu'à l'état de veille, ce qui semble indiquer un apport moindre de sang artériel dans la masse encéphalique. D'autre part, les résultats de l'expérimentation physiologique ont été confirmés par l'observation clinique : le boldo, administré à des malades agités, ne dormant pas depuis un temps plus ou moins long (aliénés), a toujours amené le sommeil.

Enfin nous rappellerons que, outre cette étude de l'action somnifère du boldo, qui constitue, à proprement parler, ce travail, on y trouve une étude de l'état et les variations de la pression

sanguine sous l'influence de cette substance. Quant à l'action physiologique générale, elle a été exposée d'après les recherches des expérimentateurs qui se sont occupés précédemment du boldo.

CH. F.

VIII. *Contributions à l'étude de l'influence des anesthésiques sur la nutrition;* par DRAPIER. (Thèse, 1886).

L'expérience de Cl. Bernard, de P. Bert et d'Arloing ont montré que les anesthésiques ont une action marquée sur les phénomènes de la nutrition; ils ralentissent les phénomènes d'oxydation : 1° les gaz du sang sont plus riches en oxygène et moins riches en acide carbonique, dans la période d'état du sommeil anesthésique ; 2° la quantité d'acide carbonique exhalée, mesure indirecte de l'intensité des combustions, est, à la même période, en décroissance sensible; 3° les recherches cliniques montrent que le taux de l'urée, bien que subissant des variations considérables, paraît baisser après l'action des anesthésiques. Chez les malades soumis à ces agents, il se produit quelquefois l'hématurie, l'albuminurie et la glycosurie ; aussi doit-on être très réservé sur l'emploi des anesthésiques chez les sujets atteints d'affections rénales ou de diabète.

CH. F.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du sommeil et des médicaments hypnotiques proprement dits, par J. PINEAU. (Thèse de Paris, 1885.)

Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques, par MUNSCHINA. (Thèse de Paris, 1885.)

Etude sur les troubles sensitifs dans la tuberculose aiguë, par MARGUERITE. (Thèse de Paris, 1885.)

Contribution à l'étude des paraplégies par troubles de circulation de la moelle, par MEUNIER. (Thèse de Paris, 1885.)

Etudes sur le ptosis congénital, par MITRY. (Thèse de Paris, 1885.)

VARIA

COURS POUR LES INFIRMIERS D'ASILES D'ALIÉNÉS; par SHULTTEWORTH, médecin en chef de l'asile royal Albert, Lancastre.

On a beaucoup parlé ces derniers temps, tant dans ce journal qu'ailleurs, de l'enseignement systématique des infirmiers d'asile.

Il m'a semblé, l'automne dernier, qu'il serait utile pour tout le monde de publier ce que nous entendons, dans cet asile, par *instructions* sur les secours à donner aux blessés, telles qu'elles sont formulées dans l'association ambulancière de Saint-John. Aussi j'ai obtenu, avec l'assentiment et les secours de mon comité, de réaliser mon désir, qui était d'établir rapidement deux classes, l'une de 28 hommes et l'autre de 39 femmes, les règlements de l'association interdisant les classes mixtes. Le taux des leçons fut fixé à 2 schellings pour les hommes, et 1 schelling et 6 pences pour les femmes. Dans ce prix était compris un tableau anatomique, et chaque élève dut acheter le manuel de Shefherd sur les *premiers soins à donner*, pour 1 schelling, et un bandage triangulaire illustré, du prix de 6 pences. Le service des infirmiers et des infirmières était si désireux de suivre les cours, que notre unique difficulté vint d'en réserver pour les malades un nombre suffisant. Les cours avaient lieu le jeudi soir à huit heures. Chaque cours était d'environ une heure, et il y avait ensuite environ une demi-heure employée aux travaux pratiques, dans lesquels je reçus l'aide du Dr Taylor. Les sujets compris dans le cours étaient une esquisse générale de la structure et des fonctions du *corps* avec quelques détails sur le squelette, la circulation, la respiration et le système nerveux. L'instruction pratique consistait en l'application des bandages, surtout du bandage triangulaire, les divers moyens d'arrêter extemporanément une hémorrhagie, de protéger et de soutenir les os fracturés, la conduite à tenir dans les accidents d'urgence, tels que l'asphyxie, les noyades, les brûlures, etc. Il faut y joindre les instructions sur le transport des blessés sur des brancards ou autrement, et, pour les femmes, une rapide vue d'ensemble, sur le transport des blessés au moyen des divers brancards d'ambulance. Nous y ajoutons pour les femmes un coup d'œil sur les fonctions d'ambulancière; il y avait, de temps en temps, des interrogations sur le sujet de ces cours sous l'inspection d'une surveillante pour tout ce qui concerne les travaux pratiques des femmes. Par ces derniers moyens, je pense pouvoir affirmer que les élèves reçurent une bonne éducation, et, à l'examen fait par le chirurgien-major Hutton, un des inspecteurs de l'association, sur les 15 hommes et 19 femmes qui se présentèrent, 15 hommes et 18 femmes passèrent avec éloges. L'examen avait surtout un caractère pratique; les femmes ayant, en plus des questions orales, une liste de six questions écrites auxquelles elles devaient répondre par un devoir écrit, et les hommes étant soumis à un examen étendu sur les manœuvres d'ambulance. On a fait à ces cours que j'ai institués des objections telles que celle-ci: « Un petit savoir est chose dangereuse ». On a dit également que les subordonnés seraient disposés à employer leur petit savoir indépendamment du médecin.

Je puis seulement dire que le cours des événements n'a pas justifié ce pronostic. Il arrive au contraire que, pendant les trois mois qui se sont écoulés depuis que les cours ont été institués, les ambulanciers ont, dans deux occasions, rendu des services signalés. Une semaine après leurs examens, ils furent appelés pour ramasser et porter à l'infirmerie un homme qui était tombé d'une échelle de 20 pieds, pendant des manœuvres d'incendie, et qui avait subi une fracture (Fr. de *Colles*) et d'autres blessures, et, tout récemment, ils ont rendu des services de premier ordre à un médecin qui fut jeté hors de son cabriolet en passant devant l'asile. Mais ce n'est pas absolument pour ces cas graves et urgents, qui doivent pourtant arriver assez souvent dans un établissement de l'importance du nôtre, que nous donnons l'instruction à nos infirmiers. Nous leur donnons les connaissances anatomiques et physiologiques élémentaires, les instructions sur la façon de manier les malades avec soin et discrétion, pour la pratique journalière de l'hospice.

Je crois que ces leçons judicieusement faites, loin de détourner les subordonnés de l'exactitude, auront de la valeur, en leur permettant de réclamer intelligemment les soins des médecins, et d'exécuter habilement leurs instructions, nécessairement. Des leçons, telles que celles données à Saint-John, ne peuvent remplacer l'instruction spéciale donnée à chaque employé ; mais il y a un certain avantage en ce que les certificats délivrés par l'association ont une valeur réelle, d'autant plus que le système d'examen est unique pour tout le Royaume-Uni, et confère un grade absolument défini. Je crois pouvoir affirmer que, dans nos grands asiles, en tout cas, la préparation de ces conférences sera intéressante pour quelques-uns mêmes des membres du corps médical; et si l'expérience des autres s'accorde avec la nôtre, les soins donnés à ces cours seront tout à fait appréciés par les infirmiers et les infirmières qui forment l'auditoire. — (*Journal of mental science*, 1886.)

CÉRÉMONIE POUR LA CURE DES ÉPILEPSIES LA NUIT DE LA SAINT-JEAN.

« Les dévots passaient ordinairement la nuit dans l'église ; on y disait la messe ce jour-là à trois heures du matin; mais pour rendre la chose plus mystérieuse, on se détermina à la célébrer à minuit. Le peuple, toujours esclave du mystère, s'imagina que la nuit de la Saint-Jean était très favorable aux miracles. Les moines, secondant ces dispositions superstitieuses, exposèrent les reliques de Saint-Maur, qui avaient, dans ce temps-là, la faculté de guérir les épilepsies ; et on y transporta les personnes attaquées de cette maladie.

« Premièrement, retentissait dans l'église, le bruit des tambours et de la décharge des armes à feu ; puis, pendant quatre heures que duraient la messe de minuit et les matines, on n'entendait, dit M. l'abbé Lebeuf, que des cris, des hurlements continuels des malades, ou prétendus tels, des deux sexes, que six ou huit hommes promenaient étendus sur les bras, tout autour de la chapelle de Saint-Maur.

« Les malades criaient de toutes leurs forces : « Saint-Maur, grand ami de Dieu, envoyez-moi guérison, s'il vous plaît » ; les porteurs faisaient encore plus de bruit, en criant : « Du vent, du vent » ; et des personnes charitables éventaient les malades avec leurs chapeaux ; d'autres criaient : « *Place aux malades*, GARE LE ROUGE », parce qu'on prétend que cette couleur est contraire aux épileptiques. Quand un malade avait répété trois fois de suite sa prière, on le comptait guéri, et l'on criait à haute voix : « *Miracle, miracle !* » Enfin c'était un vacarme si grand, que l'on n'entendait point le clergé chanter, et qu'il se formait trois ou quatre chants dans les différentes parties de l'église.

« Pendant cette nuit, il y avait, dans la même église, de petits marchands de bougies et d'images, des mendiants de toute espèce, des vendeurs de tisane qui criaient : « *A la fraîche, à la fraîche* » : tout cela augmentait le désordre ; et, après la grand'-messe, les pèlerins et les pèlerines les plus sages couchaient dans l'église, sans se gêner de leurs petits besoins ; les autres allaient passer la nuit dans les cabarets ou aux marionnettes, ou bien à la danse ; ainsi se passait cette prétendue dévotion ». (Dulaure, *Histoire des environs de Paris*, notice sur Saint-Maur-des-Fossés.)

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par suite de la mort de M. LEGRAND DU SAULLE, les mutations suivantes ont eu lieu en juin dans le service médical des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris : M. Jules VOISIN passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpêtrière ; M. DENY, médecin adjoint à l'hospice de Bicêtre, passe médecin titulaire dans le même établissement.

ASILE D'ALIÉNÉS DE CADILLAC. — M. le Dr CAMUSET, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère) vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde).

ASILE D'ALIÉNÉS DE PIERREFEU. — M. Gueit a déposé dans la séance du 6 mai, au nom de la commission spéciale de l'asile d'aliénés, un projet selon lequel l'asile comprendra 290 lits de malades.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ALIÉNISTE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours, qui avait primitivement été fixé au lundi 28 juin, a été retardé à cause de quelques irrégularités dans le tirage du jury qui a été définitivement constitué par MM. Bouchereau, Dagonet, Vallon, Voisin (Auguste), Empis, Lancereaux et Straus.

Plusieurs journaux hebdomadaires ont adressé à l'administration de vives protestations sur la présence parmi les juges de M. Vallon qui n'avait pas maintenu sa candidature au dernier concours. Quoi qu'il en soit, les candidats, au nombre de trois : MM. Gilson, Pinel et Séglas, ont subi la première épreuve à la date fixée. Le sujet de la composition écrite était : *Substance grise de la moelle épinière.*

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Il sera ouvert, le lundi 26 juillet prochain, au Ministère de l'Intérieur, un concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton. On trouvera chez le concierge de la Faculté et au Secrétariat de la Maison nationale de Charenton, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours. Voici les conditions de ce concours :

Article premier. — Il est établi un concours pour la nomination aux emplois d'interne en médecine de la Maison nationale de Charenton. — *Art.* 2. Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions, qui auront été agréées par le directeur et par le corps médical de la Maison nationale. Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours. — *Art.* 3. Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de la Maison nationale pour obtenir leur inscription, en y déposant : 1° leur acte de naissance; 2° les certificats constatant qu'ils remplissent les conditions prescrites par l'article 2 et qu'ils sont de bonnes vie et mœurs. La liste des candidats sera close 8 jours avant la date de l'ouverture du concours. — *Art.* 4. Le jury est composé de MM. les médecins et chirurgiens de la Maison nationale auxquels seront adjoints deux membres nommés par nous parmi les médecins inspecteurs généraux des services administratifs, les médecins de l'administration centrale ou des établissements généraux de bienfaisance. — *Art.* 5. Sur la proposition du directeur de la Maison nationale de Charenton, le jury sera composé par nous et réuni au ministère de l'intérieur toutes les fois qu'il sera nécessaire. Il dressera la liste des candidats ad-

mis, qui seront nommés au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de leur classement. Cette liste, certifiée conforme, sera adressée, aussitôt après le concours, au directeur de l'établissement par le président du jury. — *Art.* 6. La durée de l'internat est fixée à trois ans. Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions, mais le candidat inscrit sur la liste des admis qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé aura ainsi renoncé implicitement à sa nomination. — *Art.* 7. Les épreuves du concours seront les suivantes : 1° composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux ; 2° l'épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il sera attribué 20 points à cette épreuve. — *Art.* 8. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de le faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. — *Art*, 9. Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par des membres du jury. Tout candidat qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a sensiblement changé le texte primitif, est exclu du concours. Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le président ; elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des membres du jury. — *Art.* 10. A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués. — *Art.* 11. Le jugement définitif portera sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). — NOTA. L'allocation accordée aux internes de la Maison nationale de Charenton est : pour la 1re année, de 1,500 fr. ; pour la 2e année, de 1,600 fr. ; pour la 3e année, de 1,700 fr. En dehors de l'interne de garde, qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeuner.

NÉCROLOGIE. — LE Dr VON GUDDEN. — Le corps médical vient d'éprouver une grande perte en la personne du Dr v. GUDDEN, un des aliénistes les plus distingués de notre époque. Il est mort le 14 juin courant, victime de son devoir professionnel. Gudden

était né à Clèves le 7 juin 1824; il fit ses études à Berne, à Berlin et à Halle; reçu docteur en 1848, il fut nommé en 1855 directeur de l'asile d'aliénés de Werneck. En 1869, nous le retrouvons professeur de psychiatrie à Zurich; en 1872, il occcupe à Munich la même chaire et est directeur de l'asile d'aliénés. Les travaux de von Gudden sont connus et appréciés de tous; son microtome se trouve dans la plupart des asiles de l'étranger. Von Gudden prenait une part active aux discussions du Congrès annuel de la Société des aliénistes allemands. — Le public médical regrettera avec nous qu'une mort prématurée vienne nous priver des travaux que nous étions en droit d'attendre encore de lui, et qu'une intelligence aussi grande soit tombée sous les coups inconscients d'un dégénéré, le roi Louis II de Bavière. — Nous citerons de von Gudden : *Beiträge zur Lehre von der durch Parasiten bedingten Haut-Krankheiten*, Stuttgard, 1855; *Beitrag zur Lehre von der Scabies*, Wurzburg 1863; *Experimentelle Untersuchungen uber das Schädelwachsthum*, Munich, 1874; le *même* traduit en français, par le professeur Forel (1876); *Experimentelle — Anatomische Untersuchungen über das periphere und centrale Nervensystem* dans : *Archiv. f. Psychiatrie.*

— L'*American Journal of Insanity* (avril) nous annonce la mort du Dr R.-H. Smith, superintendant de l'asile d'aliénés de l'Etat de Missouri.

Société médico-psychologique. — Cette Société a tenu sa séance solennelle le lundi 10 mai sous la présidence de M. Semelaigne. Elle a décerné les récompenses suivantes :

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, a été décerné à M. Larroque, interne de la maison de Charenton, pour un mémoire intitulé : *Des rémissions dans la paralysie générale.* — Une mention honorable a été accordée à M. Dumas, interne de la maison de Charenton, pour un mémoire intitulé : *Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés.*

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, a été décerné à M. le Dr Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse : *De l'aphasie et de ses diverses formes.* — Une mention honorable a été accordée à M. le Dr Rouillard, pour sa thèse : *Essai sur les amnésies. Etiologie des troubles de la parole.*

Prix Belhomme. — Ce prix, de la valeur de 1,200 francs, a été décerné à M. le Dr Paul Bricon, médecin à Paris. La question posée était : « *De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie* »

Prix Aubanel. — Ce prix, de la valeur de 2,400 francs, n'a pas été décerné. La question proposée était la suivante : « De la

coexistence chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique. vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale ». Deux récompenses ont été accordées : la première, de 800 francs, au mémoire de M. Dericq, interne de l'asile Sainte-Anne; la seconde, de 400 francs, au travail de MM. Roland et Bezançon, internes des hôpitaux de Paris.

Société française de tempérance. — Cette Société a tenu sa séance solennelle le 30 mai 1886, sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à la faculté de droit de Paris.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le Dr Motet, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Boyer et Bouchereau et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille d'argent à M. Marambat, des médailles de bronze à MM. les Drs Séjournet et Legendre, 500 fr. répartis entre MM. Julien Bottet, procureur de la République, le Dr A. Barrabé, François Delattre et le Dr A.-J. Devoisins; 168 diplômes de membre associé honoraire, 6 médailles d'argent, 180 médailles de bronze, 11 livrets de caisse d'épargne postale (115 fr.) et 556 diplômes de témoignages de satisfaction, 157 volumes de ses bulletins, 116 exemplaires de l'*Essai sur l'Intempérance* de M. Edmond Bertrand, 115 manuels Picard, 20 exemplaires de la Conférence Homais, 205 exemplaires du *Mécanicien Gerbal*, de M. Paul Timon, et 1,020 exemplaires des années 1880 à 1885 du *Bon Conseiller*, publié sous son patronage.

Autopsie du roi Louis de Bavière. — La *Gazette hebdomadaire* nous apprend que le résultat de cette autopsie donne avec une remarquable netteté la clef des manifestations cliniques observées depuis des années chez le roi de Bavière, atteint d'une aliénation mentale dans laquelle l'hérédité a également joué son rôle. Les lésions du crâne et du cerveau sont de beaucoup les plus intéressantes. Le cuir chevelu est épaissi, le crâne petit et un peu asymétrique. La voûte crânienne est extrêmement mince, les sutures frontale et sagittale ossifiées à la face interne; le frontal présente des ostéophytes de volume variable à sa face interne; le sinus veineux longitudinal supérieur est énormément dilaté en arrière, rétréci en avant au niveau de l'ethmoïde, les granulations de Pacchioni y font saillie. La dure-mère est épaissie, surtout au niveau du frontal, et très hypérémiée; le sphénoïde et les rochers présentent des exostoses; la selle turcique est asymétrique, poreuse et friable. Les sinus de la base sont gorgés d'un sang noir et fluide. Le poids du cerveau est de 1,349 grammes. L'arachnoïde est épaissie sur une grande étendue. Au niveau de la cir-

convolution frontale ascendante gauche dans sa partie antérieure et du début de la première circonvolution frontale, l'arachnoïde et la pie-mère ont contracté des adhérences et forment un épaississement de la dimension d'une pièce de 1 franc; à ce même endroit, la voûte crânienne est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier. Plusieurs circonvolutions sont atrophiées par place. La substance cérébrale est hypérémiée et présente un certain degré de ramollissement. Dans les autres organes, les lésions sont insignifiantes; l'estomac présente les lésions du catarrhe chronique (*Gaz. hebd.*).

Féré (Ch.) — *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux.* — Volume in-8° de 496 pages, avec 213 figures dans le texte. - Prix : 10 fr. Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes. — Pour nos abonnés, 7 fr.

Beaunis (H.) — *Le somnambulisme provoqué.* — Etudes physiologiques et psychologiques. Volume in-12 de 250 pages. — Prix 3 fr. — Paris, 1886. — Librairie J.-B. Baillière.

Bell (C.). — *Classification of mental diseases.* Report of the progress. Brochure in-8° de 18 pages. — New-York, 1886, chez l'auteur, 37, Broadway.

Duval (M.). — *Le Darwinisme*, leçons professées à l'école d'anthropologie. Volume in-8° de 576 pages, avec 7 figures. Prix : 10 fr. Paris, 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Grasset. — *Traité pratique des maladies du système nerveux*, suivi d'un appendice sur l'électrothérapie, par Regimbeau (3e édition). Volume in-8° de 1,190 pages, avec 73 figures et 16 planches. Prix : 28 fr. Paris, 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Kostjurin (S.) — *Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde.* Brochure in-8° de 9 pages. — Wien, 1886. — Hölder.

Legrand du Saulle, Berryer (G.) et Pouchet (G.) — *Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie.* Deuxième édition. Volume in-8° de 1680 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : 27 francs. — Paris 1886. — Librairie A. Delahaye et Emile Lecrosnier.

Mairet et Combemale. — *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone* (Hypnose). Brochure in-8° de 64 pages. Montpellier, 1886. — Imprimerie Boehm et fils.

Peugniez. — *De l'hystérie chez les enfants.* Volume in-8° de 184 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1885. — A. Delahaye et Lecrosnier.

Raymond. — *Anatomie pathologique du système nerveux.* Cours complémentaire, professé à la Faculté de médecine de Paris. Volume in-8° de 400 pages, avec 114 figures et 2 planches. Prix : 9 fr. Paris, 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Wundt (W.). — *Eléments de psychologie physiologique.* Traduit de l'allemand sur la 2e édition, avec l'autorisation de l'auteur, par le Dr E. Rouvier, précédé d'une nouvelle préface de l'auteur et d'une introduction par D. Nolen. Un volume in-8° de 571 pages, avec 123 figures. Paris, 1885. — Librairie Félix Alcan.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 786.

Vol. XII. Septembre 1886. N° 35.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'IDIOTIE COMPLIQUÉE DE CACHEXIE PACHYDERMIQUE (IDIOTIE CRÉTINOÏDE);

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Parmi les formes déjà nombreuses que l'on peut distinguer dans l'idiotie, l'une des plus curieuses et des moins connues est assurément celle qui a été désignée par quelques auteurs anglais, entre autres par MM. Fletcher Beach et Ireland, sous le nom d'*idiotie crétinoïde* et que, nous fondant sur la découverte d'une maladie nouvelle, le *myxœdème* ou *cachexie pachydermique*, nous proposons de désigner sous le nom d'*idiotie avec cachexie pachydermique*.

Les cas authentiques que nous avons recueillis — et peut-être y en a-t-il qui nous ont échappé — sont assez rares et plus rares encore sont ceux dans lesquels l'autopsie a été pratiquée. Ceux-ci se réduisent, en effet, à quatre, et, fait capital, dans ces quatre cas on a relevé l'*absence de la glande thyroïde*. D'où il suit, d'après ces faits, qu'il paraît y avoir une relation évidente entre l'absence de cette glande et l'existence du

myxœdème, ou de la cachexie pachydermique. Ce qui ajoute encore de l'intérêt à ces constatations, c'est que, chez un certain nombre d'individus ayant subi la thyroïdectomie totale, on a vu se produire un myxœdème opératoire[1].

La physiologie expérimentale, ainsi que cela résulte des expériences de M. Horsley, vient également appuyer la corrélation entre l'absence de la glande thyroïde et l'existence de la cachexie pachydermique décelée par la clinique et l'anatomie pathologique.

Nous sommes donc amenés, naturellement, à diviser notre travail en deux parties : la première sera consacrée à l'exposé des observations d'idiotie avec cachexie pachydermique ; la deuxième, à l'examen des cas d'extirpation de la glande thyroïde, suivie de cachexie pachydermique.

I. — IDIOTIE AVEC CACHEXIE PACHYDERMIQUE

Les deux premières observations en date, et non les moins intéressantes, sont dues à Curling : nous les traduisons textuellement.

Observation I. — *Aspect crétinoïde. — Gonflements sur les parties latérales du cou et en avant des aisselles. — Persistance des fontanelles. — Erysipèle. — Phlegmon de la cuisse. — Mort.*

Autopsie. — Composition et texture des gonflements. — Absence de corps thyroïde.

En *juillet* 1849, le Dr Litle, dit Curling, m'invita à examiner un malade, qu'il considérait comme un crétin, à l'asile des idiots de

[1] D'après les faits qui nous ont été communiqués par M. J. Reverdin, ce myxœdème aurait une allure particulière et tendrait à s'atténuer; l'un de nous a pu voir à Genève une des malades de M. Reverdin chez laquelle, à part une certaine lenteur corporelle et intellectuelle, on ne retrouvait plus les autres symptômes de la cachexie pachydermique.

Highgate et d'examiner plusieurs gonflements situés de chaque côté du cou, dont la nature était douteuse, mais que l'on croyait devoir attribuer à une hypertrophie de la glande thyroïde ou des ganglions lymphatiques. L'enfant, âgée de dix ans, était née à Lancashire ; elle était grosse, rabougrie, mesurait deux pieds six pouces (63 c. 54); son corps était épais, ses membres disproportionnellement larges et longs. Les membres et le dos étaient poilus. La *tête* était grosse ; les *fontanelles n'étaient pas fermées*. Le front était plat. L'expression était désagréable et celle d'une idiote. La bouche était large, la langue épaisse et protubérante.

De chaque côté du cou, en dehors des muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens, il existait deux gonflements sensiblement symétriques qui donnaient à la palpation une sensation molle, pâteuse, dépourvue d'élasticité. Des gonflements semblables, mais plus petits et moins difformes, existaient en avant des aisselles. On ne constatait aucun gonflement au devant du cou et *la glande thyroïde ne pouvait être trouvée à la palpation*. L'enfant ne marchait que très peu et ne pouvait aller de chaise en chaise qu'avec l'assistance d'une autre personne. La parole était nulle, mais l'enfant reconnaissait ses parents et manifestait quelques signes de volonté ; elle cherchait à se faire asseoir sur les genoux du médecin résident et s'y aidait elle-même. Durant son séjour à l'asile, elle fut atteinte d'un premier *érysipèle ;* son intelligence parut plus développée à la suite de cette affection [1]. Soignée ensuite pour un *phlegmon* considérable de la cuisse, phlegmon qui suppura fortement durant plusieurs semaines, elle fut de nouveau atteinte, après la guérison de la plaie, d'un nouvel *érysipèle* accompagné de *glossite* et de *stomatite*. Elle mourut dans le marasme six mois après le début de la maladie et environ quinze mois après son entrée à l'asile.

Autopsie (vingt-quatre heures après le décès, faite par M. Callaway). — Le corps était très émacié. Les gonflements cervicaux avaient beaucoup diminué de volume ; ils étaient composés de graisse et occupaient le triangle postérieur de chaque côté du cou ; ils s'enfonçaient en bas sous les clavicules, remplissaient les aisselles et pouvaient être suivis jusque sous les muscles sous-scapulaires et vers l'angle inférieur de l'omoplate ; ils n'étaient pas enkystés. La graisse qui les composait paraissait, au microscope, formée de tissu connectif et de cellules adipeuses. *Il n'y avait pas la plus légère trace de glande thyroïde* [2].

[1] On verra que Th..., dont nous rapportons l'observation plus loin, fut également atteint d'érysipèle, mais son état intellectuel ne parut nullement modifié par cette maladie intercurrente.

[2] Voir plus loin les observations de Th... et de Gra ..

Observation II. — *Idiotie. — Gonflements anormaux de la région cervicale. — Convulsions. — Mort.*

Autopsie. — Composition des gonflements cervicaux. — Absence de glande thyroïde.

En 1849, on m'adressa un enfant de six mois pour quelques *gonflements* anormaux de la région cervicale. Les parents étaient sains; la mère, âgée de vingt-huit ans, avait eu une autre enfant. Cette enfant était forte, elle présentait une expression marquée d'idiotie; la face était large, le front fuyant et la tête petite. La langue large pendait en dehors de la bouche. De chaque côté du cou, en dehors des muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens, il existait deux *gonflements* symétriques, obliques de forme ovale, durs au toucher et dépourvus d'élasticité. Ils s'étendaient des bords du trapèze au milieu des clavicules. Je fus frappé de la ressemblance de ce cas avec celui du crétin de Highgate. La mère me dit que l'enfant était inhabile à se servir de ses membres inférieurs, qu'elle n'était pas aussi forte que son autre enfant. Elle tomba malade quelque temps après, refusa toute nourriture, et mourut dans les *convulsions* le 7 décembre 1849.

Autopsie. — Le *cerveau* ne présentait d'autres anomalies qu'un *arrêt de développement des lobes antérieurs*. Malgré un examen très attentif de la région cervicale, *on ne trouva pas de glande thyroïde;* on ne put en découvrir aucune trace. Les gonflements cervicaux consistaient en amas superficiels et non enkystés de graisse lâchement unie aux parties environnantes.

M. Curling attribuait le *développement des boules graisseuses anormales à l'absence du corps thyroïde* et, par suite, à l'imperfection des processus d'assimilation. Il exprimait l'espoir que ces faits pourraient diriger les recherches futures sur les fonctions de la glande thyroïde. Ces deux cas sont, sans aucun doute, deux cas types d'*idiotie crétinoïde*, ou mieux d'*idiotie compliquée de cachexie pachydermique avec absence du corps thyroïde*.

Vingt ans plus tard, M. Hilton Fagge[1] publiait dans les « *Medico-chirurgical Transactions* » de 1871 un autre cas de *cachexie pachydermique* chez un enfant *idiot*.

[1] Hilton Fagge. — *On sporadie cretinism, occuring in England.* (p. 155)

Observation III. — *Idiotie avec arrêt de développement du corps et type crétineux de la face d'origine congénitale (?). — Pas de goitre. — Tumeurs molles et mobiles de chaque côté du cou en dehors des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.*

Edmond D..., âgé de huit ans, est entré le 26 novembre 1870 à l'hôpital des enfants malades Evelina (service de M. Fagge). Il avait déjà été vu à la consultation externe par le Dr Baxter. Le père et la mère étaient bien portants; sobres, ils menaient une vie régulière, et une enquête sérieuse n'a pu révéler d'excès de boisson soit habituels, soit même occasionnels. Leurs autres enfants étaient bien portants.



Fig. 5.

L'accouchement eut lieu au forceps. —A la naissance, l'enfant était fort; — il perça ses premières dents à deux ans; — il n'es-

saya de marcher pour la première fois qu'à trois ans et demi. — Pendant sa première enfance, on n'observa aucun autre phénomène anormal chez cet enfant. Mais, plus tard, sa mère s'aperçut qu'il voulait toujours s'asseoir où qu'il fût, et que, silencieux, il gardait souvent la même position plusieurs heures de suite. La croissance s'arrêta, et la mère prétend qu'il n'a pas grandi depuis deux ans et demi. Actuellement, quoique âgé de huit ans, il a l'apparence d'un enfant de deux à trois ans. Il pèse 25 livres (9kil.75) et mesure 2 pieds 7 pouces 3/4 (environ 0m.,76). Il est tranquille; il s'assied et reste immobile à quelque place qu'on le mette. Il se tient rarement debout de son propre mouvement. Un air de contentement stupide le caractérise généralement; parfois sa face s'illumine d'un sourire passager. Depuis qu'il est habitué aux choses et aux personnes du service, il sourit toujours dès que l'on fait attention à lui; il sourit sans motifs si on le lui commande. Il parle peu et semble ne connaître que quelques mots; mais il nomme correctement divers objets qu'on lui présente. Il est propre et paraît susceptible d'affection. (*Fig.* 5)

La tête est grosse et ronde; la face large; les yeux sont très écartés; le nez à sa naissance est plat et large; son extrémité est relevée; les ouvertures des narines sont arrondies. La bouche est grande et ordinairement ouverte, mais il n'y a pas d'écoulement de salive. Les lèvres sont épaisses. L'enfant possède toutes ses dents de lait. La langue est de grandeur naturelle.

De chaque côté du cou, juste au-dessus des clavicules, il existe des gonflements mous, mobiles et dépourvus d'élasticité. Ces masses peuvent être attirées à une certaine distance en bas au-delà des clavicules, elles semblent faire corps avec les tissus sous-cutanés plutôt qu'avec les tissus sous-jacents. Il n'y a aucune prolongation de ces masses vers les aisselles.

Il n'existe pas de goître; on ne peut percevoir à la palpation *aucune trace de glande thyroïde.*

Le thorax est bien conformé. Les membres sont courts et gros; les tibias. quelque peu courbés, mais on ne constate pas d'épaississements rachitiques des épiphyses. Les mains et les doigts sont très larges, courts, épais; il en est de même des pieds et des orteils. La peau, sauf celle de la face, est rugueuse et présente par places des parties dures, de peu de dimension, de couleur brillante gris brun; les cheveux et les cils sont longs, noirs et abondants.

Telle est la troisième observation publiée sur l'idiotie crétinoïde; les symptômes se rapportent exactement à la cachexie pachydermique.

Le quatrième cas est dû à M. Fletcher Beach[1].

OBSERVATION IV. — *Crétinisme sporadique.* — ABSENCE DE GLANDE THYROÏDE.

Il s'agissait d'une enfant de quinze ans du poids de 11 kil. 530 (taille : 38 pouces (0 m. 78). Elle était très grasse ; la tête, aplatie au vertex, était très large latéralement (voir la *fig.* 6) : diamètre



Fig. 6.

longitudinal : 11 pouces (0 m. 23); — circonférence : 19 pouces (0 m. 40). Les dents étaient régulières et bien conformées. L'enfant ne parlait presque pas; elle était d'un caractère enjoué, et se livrait avec plaisir à différents amusements.

Envoyée à l'école de l'asile, elle apprit l'alphabet, put épeler quelques mots de trois lettres et écrire deux lettres sous la dictée ; elle additionnait jusqu'à 5, comptait jusqu'à 50, multipliait par 2 jusqu'à 12; elle pouvait distinguer trois couleurs. Elle apprit un peu à ourler. Elle possédait donc une certaine intelligence. Elle était propre; l'appétit et le sommeil étaient bons, elle avait été menstruée deux à trois fois.

A l'*autopsie* on constata que le *trou occipital* était plus petit qu'à

[1] Fletcher Beach. — *Notes of a case of sporadic cretinism with an account of the Autopsie (The Journal of mental Science*, vol. XXII, 1876, p. 261).

l'état normal; il présentait sur ses bords une petite saillie de forme circulaire. La suture sphéno-basilaire était encore cartilagineuse. Le *cerveau* pesait 34 onces (434 gr. 06). Les circonvolutions étaient très distinctes et grossières mesurant un demi-pouce de largeur. — A l'*examen histologique* d'une circonvolution on ne découvrit ni dégénérescence totale ni inflammation. Les vaisseaux étaient tortueux ; la substance corticale était plus épaisse qu'à l'état normal.

Il n'y avait pas TRACES DE GLANDE THYROÏDE. Les *tumeurs graisseuses* cervicales n'étaient pas enkystées; elles se prolongeaient sous les sterno-cléïdo-mastoïdiens et les clavicules. (Voir *fig.* 7).

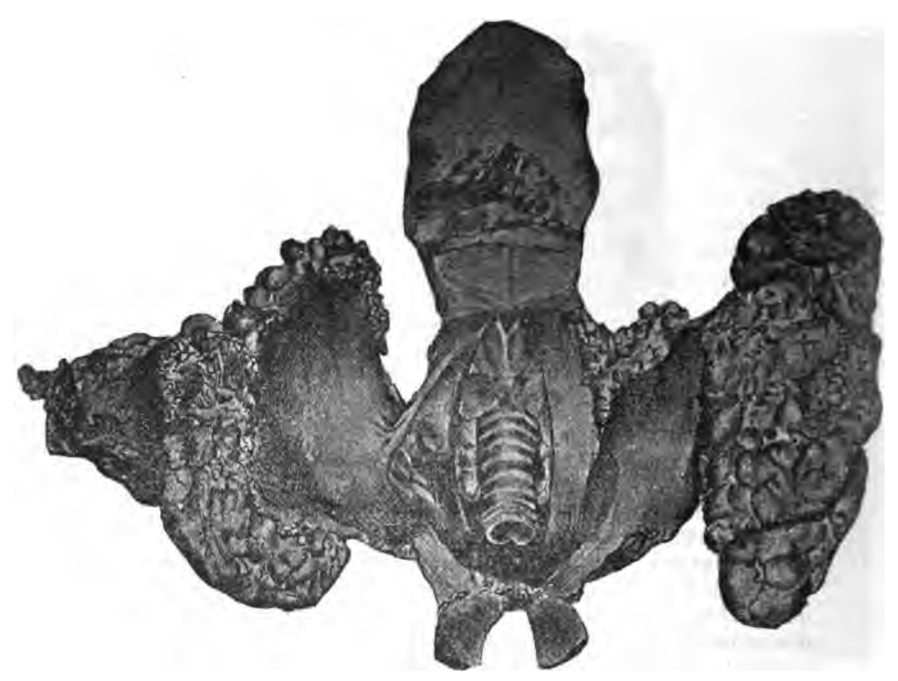


Fig. 7. — Figure montrant la trachée, la langue, l'absence de corps thyroïde, et les masses graisseuses.

Nous nous abstiendrons de consigner ici les autres cas d'autopsie de myxœdème parce qu'ils ne se rapportent pas au myxœdème congénital ou de la première enfance, le seul que nous voulons étudier dans

ce travail[1]. Nous donnons de suite les deux cas d'idiotie crétinoïde qu'il nous a été donné d'observer. De ces deux malades l'un Gr... est encore vivant, l'autre Th... Et le *Pacha*, a succombé il y a quelques mois.

Observation V. — *Père : incontinence nocturne d'urine jusqu'à dix-huit ans ; — Alcoolisme, colère, tuberculeux. — Tante paternelle tuberculeuse. — Mère migraineuse et tuberculeuse ; oncle maternel alcoolisme et suicide. — Frère et sœur un peu arriérés. — Etat crétinoïde; symptômes de cachexie pachydermique.*

Gr... (Emile), né le 13 avril 1858 à Strasbourg, est entré le 25 mars 1874 à l'hospice de Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

Renseignements fournis par une tante paternelle (12 mars 1880). —Père né à Strasbourg[1], mort en 1878 de la poitrine, à l'âge de quarante-neuf ans; s'était engagé à dix-sept ans, avait sa retraite depuis un an dans la garde républicaine. Alcoolisme, absinthisme; se mettait souvent en colère; n'a jamais monté en grade: a pissé au lit jusqu'à dix-huit ans. [Son *père*, journalier aux champs, ne savait ni lire ni écrire; il était sobre, bien conformé et est mort d'une fluxion de poitrine; sa *mère*, de taille ordinaire est morte à soixante-quinze ans « de vieillesse ». Une *sœur* qui nous donne les renseignements est intelligente; une deuxième morte poitrinaire. Pas de nerveux ni de difformes, etc., dans la famille.]

Mère, née à Lille, morte en 1877, à trente-neuf ans, de tuberculose pulmonaire, très intelligente, de taille assez élevée, était sujette aux *migraines*. — [*Père* ? — *Mère* serait encore vivante et habiterait Lille; deux *frères*, l'un d'eux se serait jeté à l'eau à la suite d'*alcoolisme* et de chagrins; deux *sœurs* bien portantes. Pas de nerveux, ni de difformes dans la famille]. — Pas de consanguinité.

Cinq *enfants*: 1° Louis, vingt-deux ans, de taille élevée, peu intelligent, employé aux chemins de fer, pas de convulsions, a des migraines; — 2° notre malade; — 3° une fille de dix ans, grosse, *ne grandissant pas*, peu intelligente, n'a marché qu'à trois ans, pas de convulsions, a pissé au lit jusqu'à neuf ans et y pisse encore quelquefois; — 4° et 5° d'autres enfants morts, l'un du croup, l'autre de la rougeole :

Notre malade, Gr... Ernest, est né à Strasbourg le 13 avril 1858 où sa mère était allée faire ses couches, bien qu'*habitant Paris*

[1] Les autopsies de cas de cachexie pachydermique ne sont du reste actuellement qu'au nombre de 10 : 2, de Curling (1850); 1, de Fletcher-Beach (1876); 3, de Ord; 1, de Lloyd; 1, de Greenfield; 1, de Henrot; 1, de Brandes (1884). Ceux de Curling et de Fletcher-Beach et le nôtre appartiennent à des idiots crétinoïdes.

[1] Il y a quelques goîtreux à Strasbourg.

depuis son mariage; la *grossesse* n'avait rien eu d'extraordinaire; né à terme. — A la naissance, il était gros, mais paraissait difforme; la tête surtout était « horrible à voir ». — Il a été élevé au biberon à Strasbourg et avait plus de quatre ans lorsqu'il a commencé à marcher; vers cette époque il eut la rougeole. Il est venu à Paris à l'âge de cinq ou six ans, et n'a pas été trop tardif à parler. Il a pissé assez tard au lit. Il n'est jamais allé à l'école, les autres enfants se moquaient de lui. Il restait à la caserne, faisait des commissions, car sa mémoire est bonne; il était assez affectueux, et se chagrinait facilement; il dormait bien et n'était pas peureux. Point de kleptomanie, de pyromanie, d'onanisme; ni de scrofulides.

1880. 17 *mars*. — *Tête* très volumineuse, le crâne est assez régulièrement conformé et symétrique; le front est bas, très large et semble se continuer directement avec la face. Les arcades sourcilières sont peu marquées et au dessous d'elles se trouve une encoche facilement perceptible.

	1880	1885	1886
Diamètre antéro-postérieur du crâne.	195 mill.	20	
— bi-pariétal....	165 —	16,5	
Circonférence horizontale..........	58 cent.	59	Mêmes
D'un tragus auriculaire à l'autre....	29 —	37	dimensions[1].
De la partie supérieure d'une oreille à l'autre.......	31 —	32	

Face. — Pas d'asymétrie, mais aspect particulier et disposition spéciale des traits. D'une façon générale, la face est plate, les sourcils sont à peine saillants, les *yeux* sont petits, mais fendus latéralement, horizontaux comme des yeux de Chinois. Le *nez* est fortement camard, la bouche large, les lèvres épaisses. Les *oreilles* situées à la même hauteur sont symétriques et écartées du plan de la tête par leur partie supérieure.

Le lobule est rudimentaire et adhérent; la conque est normale et l'ourlet se prolonge sur tout le pourtour du pavillon avec un nodule normal.

Dents. — 1° Maxillaire supérieur : les dernières grosses molaires manquent des deux côtés, toutes les autres sont, en général, en très mauvais état. La première grosse molaire droite est cariée et la petite molaire a disparu. Du côté gauche, la première grosse molaire n'est plus représentée que par une racine, la seconde est cariée; 2° Maxillaire inférieur : à droite, la deuxième petite molaire manque, ainsi que la première grosse molaire; la deuxième est cariée; la troisième est en voie d'apparition. A gauche, la deuxième petite molaire et la première grosse molaire manquent, la deuxième et la dernière sont cariées.

[1] Les mesures sont plutôt un peu plus faibles, car Gr... a les cheveux coupés très ras.

La voûte palatine est large, a sa profondeur habituelle, mais le voile du palais n'est pas symétrique, la luette est un peu reportée



Fig. 8. — Cette figure représente trois cas d'idiotie : le premier (à gauche) avec goître, les autres accompagnés de cachexie pachydermique. — Le sujet de droite est Gr...

vers la gauche, l'arcade qui la sépare du pilier gauche est beaucoup plus étroite que l'arcade du côté droit.

Le *thorax* est constitué d'une façon particulière. Vu de face, on remarque que les dernières côtes forment, au niveau des hypo-

chondres, une saillie marquée en dehors, la base de la poitrine est ainsi latéralement élargie; le sternum n'offre pas de saillie anormale, mais les attaches des côtes à cet os, surtout les plus inférieures, sont très saillantes; elles semblent s'articuler au sternum de la même manière que les clavicules.

La *colonne dorsale* au niveau de la base du thorax, forme une dépression très marquée ; lorsque l'enfant est debout, il existe à ce niveau un sillon vertical assez profond pour contenir le doigt.

Membres. — Etant donnée la taille exiguë de Gr. . (1m,20) les membres tant supérieurs qu'inférieurs sont réguliers, égaux, proportionnés, ainsi que le montrent les mensurations ci-après :

Longueur du bras mesurée de l'acromion à l'épicondyle, 19 cent.
Longueur de l'avant-bras de cet épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 19 cent.
Longueur de l'apophyse styloïde du radius à l'extrémité du médius, 15 cent.
Longueur de la cuisse, de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord externe du plateau tibial, 35 cent. et demi.
Longueur de la jambe au bord extérieur du plateau tibial à la pointe de la malléole externe, 27 cent. et demi.
De la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian, 16 cent.

Gr... mange assez proprement, se sert de la cuiller, de la fourchette et du couteau; l'appétit est bon, les digestions sont normales, les selles régulières; il n'y a pas de vomissements.

Respiration et circulation. — Auscultation du poumon et du cœur normale. Pouls à 78 au moment de l'examen avec des inégalités très grandes, il n'est pas perceptible au niveau de la radiale, on ne le sent qu'au niveau de l'humérale.

La *peau* présente sur les membres et la plus grande partie du tronc des altérations qui rappellent un peu l'icthyose. Elle est rugueuse au toucher et couverte de fines squames épidermiques. Sa couleur générale est basanée. A la face, on remarque de très nombreuses taches de *lentigo*, principalement sur le nez et le front, ainsi que sur les paupières inférieures. Il n'existe aucune pigmentation ni des organes génitaux, ni du mamelon; pas de poils au pubis ou sous les aisselles. Les cheveux sont assez fournis. Ils sont durs, jaune rougeâtre, secs et gros. Ils descendent très bas sur le front; les sourcils sont à peine marqués, les cils fins et peu épais; pas le moindre poil de barbe bien que Gr... ait vingt-deux ans. On remarque, en outre, diverses *tuméfactions mollasses* semblables à de petits lipômes diffus (?). L'une d'elles est située à la partie droite de la base du cou, au niveau même de la clavicule. Elle a le volume d'une petite orange, une consistance gélatiniforme et se déplace avec la peau; du côté gauche, il en existe

une deuxième analogue à la première remontant en arrière jusqu'au bord antérieur du trapèze, mais moins volumineux que celle de droite. Au niveau du creux axillaire et sur la paroi thoracique, le tégument présente une disposition analogue.

Organes génitaux. — Le *testicule droit* est rendu au fond des bourses; il est de la grosseur d'une noisette. A gauche, le scrotum est vide, on sent à une certaine distance, dans le canal inguinal, une petite tumeur assez dure, mais non douloureuse à la pression qui paraît être le testicule droit. A droite, au-dessus du testicule, sur le trajet du cordon, on sent une tumeur du volume d'un œuf de pigeon sous laquelle bute ce testicule quand il remonte vers l'anneau (*hernie inguinale*). — La *verge* ne semble pas anormalement conformée; toutefois, il est impossible de découvrir le gland. Le prépuce est fort long, et, quand on essaie de le repousser en arrière, on détermine une vive douleur.

La *sensibilité* cutanée paraît normale dans ses différents modes.

Organes des sens. — Yeux normaux; pupilles régulières, iris jaune brun foncé et contractile; Gr... dit voir mieux de l'œil gauche que de l'œil droit. En effet, on remarque, sur la cornée de ce dernier, une petite tache d'*albugo* qui couvre la région inférieure de la pupille. Il raconte du reste qu'il aurait eu, à une époque qu'il ne peut préciser, une maladie de l'œil pour laquelle il serait resté dix-huit mois à l'hôpital des Enfants. Il connaît les couleurs. — Ouïe, odorat, goût normaux.

1880. 24 *juin.* — Le caractère est d'une susceptibilité extrême : Gr... se considère comme un homme et ne tient plus aucun compte des observations, il se met facilement en colère, il demande à passer aux hommes, aux vieillards.

16 *septembre.* — Poids : 30 kilog. Taille : 1m,20.

Octobre. Vient à l'école depuis quatre ans; sous tous les rapports ses progrès sont presque nuls; n'a pas de mémoire, ne peut faire ni gymnastique, ni escrime.

21 *septembre.* — Ne vient à l'école que par contrainte et ne fait aucun progrès; il est convaincu qu'à son âge on doit lui laisser une entière liberté, ne sait pas encore lire, mais écrit un peu; stationnaire sous tous les rapports ; il est très frileux.

1881. 4 *juillet.*— Gr... ne fait à l'école que des apparitions dont le résultat est nul au point de vue des progrès: à la gymnastique; il connaît maintenant tous les mouvements d'ensemble.

31 *juillet.* — *Poids* : 29 kilog. 900. *Taille*, 1m,21.

6 *novembre.*—Gr... a pris cette année régulièrement les douches, qu'il prenait et cessait alternativement depuis deux ans; et, tandis qu'autrefois il essayait de s'échapper, maintenant il les prend seul. Il cherche à s'occuper un peu, aide au réfectoire à essuyer la vaisselle et semble un peu moins lourd : on supprime les douches.

28 *décembre.* — Nous voyons le frère et la sœur de Gr... le premier, qui a été soldat, a vingt-sept ans, mesure 1m,67, est élancé, intelligent; sa sœur est âgée de treize ans, mesure 1m,40, pèse 39k500; traits réguliers, elle est assez intelligente.

1882. 24 *janvier.* — A fait un peu de progrès en classe et en gymnastique. Lecture courante, mais peu intelligente, calcul et mémoire, néant. *Poids* : 31k700. *Taille* : 1m,21.

9 *mai.* — Lecture courante, mais peu expressive; calcul, ne connaît que l'addition et la soustraction; mémoire presque nulle, ne peut apprendre ni histoire, ni géographie ; a quelques notions très usuelles; en résumé, progrès peu appréciables ; il prend assez de plaisir à l'escrime, mais ne peut pas apprendre à danser. Il va à l'école une heure, matin et soir; le reste du temps, il est occupé au réfectoire à balayer et à laver la vaisselle.

Juin. — *Poids* : 31k800. *Taille* : 1m,22.

7 *juillet.* — Sorti en permission le 4, on lui a surpris, le 6, un flacon d'eau-de-vie que ses parents lui avaient donné.

25 *juillet.* — Les deux testicules sont dans le scrotum. Le gauche rentre facilement dans le canal inguinal; le droit ne peut pas rentrer par suite d'une *hernie* qui descend dans les bourses et est assez difficilement réductible. Les deux testicules sont gros comme des billes. Pas de poils au pubis.

7 *décembre.* — Le teint a une coloration *jaune cireux* de plus en plus prononcée; les paupières sont toujours légèrement bouffies. Gr.. a de la répugnance au mouvement, surtout à la marche, ainsi il n'aime pas les promenades, sauf celles où la voiture suit, ce qui semble indiquer une fatigue rapide.

1883. *Janvier.* — *Poids* : 33k100. *Taille* : 1m,23.

30 *juin.* — *Poids* : 33k 300. *Taille* : 1m,23 fort.

1884. 16 *janvier.* — Entré à l'infirmerie pour des douleurs du côté de sa hernie (inguinale droite) et des douleurs aussi du côté opposé. La hernie paraît réductible. Bain d'une heure. *Soir* : T. R. 37°,7.

17 *janvier.* — Les douleurs ont disparu. T. R. 37°,5. — G... se plaint de tousser un peu; voix enrouée; rien à l'auscultation.

30 *janvier.* — *Poids* : 34 kilog. *Taille* : 1m23.

Juillet. — *Poids* : 34k500; *Taille* : 1m24.

1885. *Janvier.* — *Poids* : 35k250; — *Taille* : 1m24.

Juin. — *Poids* : 36k200; — *Taille* : 1m25.

16 *décembre.* — Il est procédé à un nouvel examen du malade.

La *peau* du cuir chevelu est sèche, couverte d'écailles brunâtres, principalement depuis le vertex jusqu'au voisinage du front qui est ridé. Entre le tiers moyen du crâne, dans toute cette partie, les cheveux, un peu roux, sont plus clair-semés. Les sourcils sont noirs, larges, assez bien fournis; les cils sont longs,

assez abondants par place; paupières supérieures très bouffies diminuant considérablement l'ouverture des yeux, sans trace d'œdème, mais rappelant les gonflements des paupières des albuminuriques. Patte d'oie très prononcée. — La peau de la face est sèche, squameuse, rugueuse au toucher d'une pâleur cireuse avec de nombreuses macules. — Amygdales petites; muqueuse buccale pâle; langue un peu épaissie. Gr... dit qu'il ne peut sortir la langue. La parole est très pâteuse, lente, monotone.

De chaque côté du cou, qui est très court, dans le creux sous-claviculaire, existent des masses adipeuses, comme gélatiniformes, tremblantes au toucher. La glande thyroïde, si elle existe, serait très peu développée. — Les aisselles sont complètement glabres; à leur partie antérieure on trouve des masses adipeuses tremblotantes se prolongeant jusqu'au sein que l'on croirait tout d'abord très développé, mais on ne sent pas la glande.

Organes génitaux. Bourses pendantes, de niveau; testicules de la dimension d'un petit œuf de pigeon. Le testicule droit paraît un peu plus gros que le gauche, mais de ce côté il existe une *hernie* assez volumineuse qui, lorsqu'elle n'est pas réduite, fait descendre la bourse plus bas. Pénil glabre, mais au-dessus quelques poils et de chaque côté une touffe. — *Verge*. Prépuce long, verge déviée à gauche (hernie); circonférence, 90 millim., longueur, 90 millim. environ, car elle est assez difficile à apprécier à cause du tire-bouchon formé par le prépuce et du *phimosis* qu'on ne peut pas réduire. — Quelques poils à la partie inférieure de l'anus.

Sensibilité très vive au froid; même à l'atelier il se couvre beaucoup et vient se placer le plus près possible du poêle.

Langueur corporelle; il fait tout avec lenteur. Il range avec ordre toutes ses affaires; s'habille seul, assez bien, mais très lentement. La démarche est lourde; parfois il court, mais très lourdement; depuis quelque temps il a pris la manie de s'aider d'un bâton pour marcher. Pas de céphalalgie; mémoire très médiocre; il ne peut rien apprendre par cœur; sa mémoire est conservée pour les faits et les choses usuelles. Entré à l'atelier de tailleur en 1883, il y a fait des progrès, mais lents; actuellement il fait bien les coutures et sait se servir du fer.

20 *déc.* — L'urine contient 25 gr. 62 *d'urée* par litre.

22. — Gr... est souffrant depuis ce matin; vers neuf heures et demie, frisson assez violent; en arrivant à l'infirmerie vomissement de glaires, de lait coagulé, etc., il n'a pas mangé ce matin et se plaint d'une douleur siégeant au niveau de la fosse iliaque droite. Partout ailleurs le ventre est médiocrement douloureux; il

existe un tympanisme léger. — Langue légèrement saburrale; deux garde-robes ce matin. — La *hernie* se réduit avec une grande facilité; pas de céphalalgie, ni d'épistaxis. — Teint bouffi et jaunâtre, coloration normale des conjonctives. — *Traitement* : deux verres d'eau de Sedlitz.

29. — L'urine examinée de nouveau contient 16 gr. 65 *d'urée* par litre.

1886. 17 *février*. — Angine très légère.

Juin . — *Poids* : 37 kil.; *taille* : 1 m. 26.
9 *août*. — T. R., 37°,4. — *Soir* : 37°,6.
10. — T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,4.
11. — T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,4.
12. — T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,8.
13. — T. R. 37°,8. — *Soir* : 37°,8.
14. — T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,4.
15. — T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,6.
16. — T. R. 37°,4.

23 *août*. — Un nouvel examen du malade montre peu de changements dans son état. Les *paupières* gauches sont plus bouffies qu'à droite, aussi l'œil droit est-il plus ouvert. A la lèvre supérieure, aux extrémités, il existe un léger duvet; aux joues, rien. Les aisselles et le pénil sont glabres; à la racine des bourses se trouvent quelques poils longs disséminés sur une hauteur d'un centimètre et demi. Les *bourses* sont très pendantes. un peu plus à gauche bien qu'il y ait une *hernie signalée* à droite. Le méat est normal. — Les *organes génitaux* ne présentent aucune autre particularité qui n'ait déjà été signalée. — Le *pouls*, un peu mou, est à 80; la *respiration* à 24.

La *sensibilité générale* paraît normale sous toutes ses formes. — L'*ouïe* paraît plus développée à droite; l'*odorat* est un peu obtus; le *goût* est normal, et Gr... distingue les couleurs également des deux côtés.

Gr... s'occupe dans le service, nettoie les boutons des portes, les cuivres des bains. Il travaille, en outre, toujours à l'atelier du tailleur; il sait faire n'importe quelle couture, mais non les rabattements, il sait repasser les boutonnières. Dans une séance de quatre heures il peut faire un mètre cinquante de couture, ce qui vaut à peu près quinze centimes; parfois il boude le maître tailleur parce qu'il n'est pas assez payé; on lui donne dix centimes de récompenses chaque samedi pour son travail à l'atelier. Il est du reste avare, ne dépense rien et, avec les quelques sous qu'on lui donne, il a accumulé 9 fr. 55, plus tard il s'achètera des vêtements pour sortir; en attendant sa grande préoccupation est de passer aux hommes.

A l'école Gr... a fait quelques progrès ; il écrit mieux ; sa lecture est à peu près courante ; il sait additionner, mais connaît peu la soustraction ; sa tenue est bonne, et il est propre. Son caractère est toujours un peu irascible, grognon, ronchonneur, parfois grossier dans son langage.

24. — *Poids* : 37 kil. fort; *taille* : 1 m. 27 fort. — L'*urine* est claire, ne contient ni sucre, ni albumine. — La *température* prise sur chaque cuisse avec un thermomètre de surface est de 35°,1, à droite comme à gauche.

Le cas de Gr... est un exemple de myxœdème a forme légère se rapprochant sous beaucoup de rapports, comme nous le verrons plus loin, des formes observées à la suite de l'extirpation totale de la glande thyroïde. Nous appellerons dès maintenant l'attention sur l'*absence probable de la glande thyroïde*, sur les *boules graisseuses cervicales* et sur le développement tardif et encore imparfait de la *puberté;* il semble toutefois que notre malade continue encore à se développer, quoique lentement, ainsi que le montrent les mensurations semestrielles de la *taille* : 1m,20 en 1880; 1m,22 en 1882; 1m,23 en 1884; 1m,25 en 1885; 1m,27 en août 1886.

L'état intellectuel de Gr... s'est aussi amélioré; la mémoire paraît meilleure, il semble un peu plus vif, surtout en été, et il a fait des progrès tant à l'école qu'à l'atelier.

L'observation de Th..., que nous publierons dans le prochain numéro, est au contraire un cas de myxœdème type, où aucun symptôme ne fait défaut.

(*A suivre.*)

DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE DANS LES PARALYSIES HYSTÉRIQUES[1]; (*suite et fin*).

Par le Dr BABINSKI,

Chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

OBSERVATION III (*résumée*). — *R..., botaniste, est atteint, à l'âge de quarante et un ans. d'une hémiplégie gauche avec hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle qui s'atténue très notablement un an après son début, à la suite d'une vive émotion; pendant ce temps, il est sujet à des attaques convulsives. A quarante-trois ans, il est pris brusquement dans la rue d'une attaque convulsive qui est suivie d'hémorrhagies multiples et d'une hémiplégie gauche avec intégrité de la face; cette hémiplégie subit plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation et voici sous quel aspect elle se présente plus de trois ans après son début : le membre inférieur est complètement paralysé; le membre supérieur est très affaibli; les muscles du côté gauche, particulièrement ceux du membre inférieur, sont atrophiés; au point de vue électrique, il s'agit d'une atrophie simple; les réflexes tendineux sont plus faibles à gauche qu'à droite; en même temps, il y a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle; des plaques d'hyperesthésie, de l'anesthésie du pharynx. Depuis le début de sa deuxième hémiplégie, le malade a eu, à plusieurs reprises, des attaques hystériques.*

R... (Albert), botaniste, âgé de quarante-cinq ans, entre le 17 février 1886 dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Le malade depuis 1871 a mené une vie assez agitée. A partir de cette époque jusqu'en 1879, il a voyagé en Australie, chargé par des sociétés savantes de réunir des collections de botanique. En 1879, au mois de septembre, il se laisse entraîner dans la fameuse expédition du marquis de Rays, et part pour la colonie fictive de Port-Breton.

[1] Voir tome XII, page 1.

Le récit que le malade fait de l'histoire de sa vie, à dater de ce moment, et qui rappelle les aventures du capitaine Pamphile, est en partie en contradiction avec des renseignements bien positifs que nous possédons. Nous les passerons donc sous silence, et nous n'indiquerons que les faits dont la réalité paraît solidement établie. Notons toutefois que le malade prétend avoir reçu en Nouvelle-Guinée, dans un combat avec les nègres, un coup de massue sur le côté gauche de la tête; il aurait perdu connaissance et se serait réveillé paralysé de la sensibilité et du mouvement dans tout le côté droit; cette paralysie aurait duré près d'un an et aurait disparu à la suite d'une trépanation faite à Saint-Thomas, Hospital. Il nous a été impossible de vérifier ce récit; aussi ne le donnons-nous qu'en faisant des réserves.

Ce qui semble en tout cas bien certain c'est que le voyage de R... a été pour lui l'occasion de souffrances sans nombre et de toutes sortes. — Arrivons tout de suite au mois de juillet 1881, époque à laquelle le malade, de retour en Europe, est entré dans le service du Dr Wilks, à Londres.

L'observation de R... est, en effet, relatée dans les leçons publiées par ce médecin [1], et voici les particularités les plus intéressantes qu'on y trouve : le malade se plaignait d'une douleur de tête du côté gauche; il était hémiplégique du mouvement et de la sensibilité du côté gauche, l'hémianesthésie était sensitivo-sensorielle, les réflexes étaient abolis à gauche, il y avait une hyperesthésie tout le long de la colonne vertébrale, le malade était sujet à des crises pendant lesquelles les membres se raidissaient et à la suite desquelles les membres supérieurs et inférieurs gauches restaient contracturés pendant quelques jours; à la suite d'une vive émotion, l'hémiplégie s'est très atténuée. — Le malade était morphiomane. — Il a quitté le service de M. Wilks imparfaitement guéri. — Arrivons maintenant au mois de février 1883. Le 8 de ce mois, le malade fut pris, dans la rue, d'une attaque convulsive très violente à la suite de laquelle il vomit une grande quantité de sang noir; on l'apporta à la Charité dans le service de M. Féréol où il resta plusieurs mois, et son observation fut publiée par l'interne du service, M. Leprévost [2]. Voici ce qu'il y a de

[1] *Lectures on the Nervous system diseases*; par Eastes Wilks.

[2] *France médicale*, II, année 1884.

plus essentiel à noter dans cette observation : à son entrée à l'hôpital, le malade avait des hématémèses, des épistaxis et des hématuries qui durèrent plusieurs jours; le côté gauche du corps, sauf la face, était complètement paralysé, la parole était embarrassée. Au bout de quelques semaines, son état s'améliora notablement; mais, le 31 mars, survint une nouvelle crise caractérisée, comme la précédente, par des hémorragies, et l'hémiplégie, qui était en voie de guérison, reparut aussi complète que le premier jour; au bout d'un certain temps, l'état s'améliora de nouveau; la paralysie du membre supérieur finit par disparaître; le membre inférieur gauche resta seul paralysé, et M. Féréol fit construire pour lui, un pilon avec lequel la marche devint possible; le 10 août, nouvelle crise caractérisée par des hématémèses et une très vive céphalalgie; le 25 août, survient une crise caractérisée par un spasme laryngé, qui amène presque l'asphyxie.

Le 8 septembre, le malade quitte la Charité.

Après sa sortie de la Charité, le malade alla dans un hôpital protestant à Neuilly où M. Monod le vit et d'où il l'amena dans son service à Ivry vers la fin de 1883. M. Berbez, interne à Ivry à ce moment, prit son observation, et voici quel était alors l'état de R... : le membre supérieur gauche est absolument flasque; aucun mouvement n'est possible de ce côté; il en est de même du membre inférieur gauche, et lorsque le malade progresse au moyen de béquilles, il traîne après lui ce membre comme un corps inerte qui balaye le sol; il se sert d'habitude du pilon que M. Féréol a fait construire pour lui; le membre inférieur droit paraît un peu affaibli, le membre supérieur droit se meut normalement; — rien au point de vue de la motilité du côté de la face; le pharynx et le voile du palais paraissent d'habitude très bien fonctionner, mais parfois les liquides reviennent par le nez. — Il y a une hémianesthésie gauche absolue qui comprend aussi la moitié gauche de la cavité buccale et du pharynx. Les réflexes tendineux sont plus faibles à gauche qu'à droite. — La vision est plus faible à gauche, et de ce côté l'odorat et le goût sont nuls. Il y a une hyperalgésie tout le long des apophyses épineuses et une douleur très vive dans la région pariétale gauche. — Pendant son séjour à Ivry, le malade eut plusieurs attaques se présentant à peu près sous le même aspect et se développant dans les mêmes conditions :

le malade est adonné à la morphine ; toutes les fois que pour une raison ou pour une autre on ne lui fait pas une de ses injections habituelles, il est pris de douleurs vives dans la tête et dans le rachis, ses membres se raidissent, se contracturent, puis le côté droit est agité de secousses rapides, de mouvements cloniques ; enfin le malade revient à son état normal; mais peu de temps après, la même série de phénomènes se reproduit et il en est ainsi plusieurs fois de suite ; à la fin de l'attaque surviennent des hématémèses et des hématuries qui persistent plusieurs jours après l'attaque ; le malade reste aussi contracturé de ses membres pendant plusieurs jours et parfois sa langue est contracturée et paraît tordue sur elle-même, de telle sorte que la face inférieure est tournée en haut. Le malade reste plusieurs mois à Ivry, puis quitte cet hospice et va en Algérie, dit-il, et de là revient de nouveau en France; son hémiplégie n'aurait jamais complètement disparu depuis cette époque. Vers la *fin de* **1885**, le malade entre de nouveau à la Charité dans le service de M. Féréol où M. Berbez interne du service l'examine de nouveau; et enfin dans le mois de février 1886, le malade est envoyé de la Charité à la Salpêtrière. Son état ne s'est pas modifié depuis sa dernière entrée à la Charité et il est constitué comme il suit :

Etat actuel 18 *février* 1886. — Le malade, de taille moyenne, paraît très affaibli et présente un aspect qui dénote la fatigue et la dépression; il semble avoir toute sa lucidité d'esprit et répond très bien aux questions qu'on lui pose; nous avons pourtant fait remarquer déjà que certains renseignements qu'il donne sont en contradiction flagrante avec les renseignements provenant d'autres sources et dont la réalité nous a paru certaine; c'est pour ce motif que dans les antécédents nous avons passé sous silence presque tout ce qui n'était pas susceptible de vérification. — Il existe une hémiplégie gauche, flasque, incomplète. La *face* est absolument normale en ce qui concerne la motilité. La motilité du *membre supérieur* est très affaiblie; le malade peut faire exécuter à son épaule, son coude, son poignet et ses doigts quelques mouvements, mais ceux-ci sont très limités. Le *membre inférieur* est complètement paralysé dans tous ses segments; pour marcher, le malade est obligé de se servir de l'appareil que lui a fait faire M. Féréol et qui consiste en un pilon sur lequel repose le genou du malade et qui est fixé au pourtour de son corps par

un cerceau d'acier; lorsque le malade marche, il avance le membre inférieur droit en prenant un point d'appui sur le sol au moyen de son pilon, et il avance le membre inférieur gauche en inclinant son tronc à droite et en avant et en projetant ainsi son membre sous l'influence de la pesanteur; lorsque le malade ôte son pilon et qu'il cherche à marcher avec des béquilles, pour avancer son membre inférieur gauche, il incline son tronc en avant, et il entraîne ainsi son membre, le pied étant tourné en dehors et balayant le sol. Le membre inférieur gauche est notablement plus grêle que le droit; les masses musculaires sont manifestement atrophiées à gauche et l'amyotrophie porte sur la fesse, la cuisse et la jambe. Voici les chiffres qu'on obtient en faisant des mensurations :

	C. DROIT	C. GAUCHE
Circonférence de la cuisse à 10 c. au-dessus de la rotule.	37 c.	33 c.
— — 15 cent. —	41	38
— — 20 cent. —	45	41

	C. DROIT	C. GAUCHE
Circonférence maxima de la jambe	31 c.	28 c.

L'atrophie ne semble pas porter particulièrement sur tel ou tel groupe musculaire; tous les muscles du membre inférieur paraissent atteints. — Le membre supérieur gauche est plus grêle que le droit, mais la différence entre les deux membres n'est pas très marquée; le deltoïde gauche est un peu aminci; la plus grande circonférence du bras gauche est de 24 centimètres, tandis que celle du côté droit est de 25 cent.; à la partie supérieure de l'avant-bras le périmètre est de 23 cent. à gauche et de 24 cent. à droite; entre les deux mains il n'y a pas de différence appréciable. — La contractilité idio-musculaire est normale dans les muscles atrophiés. Il n'y a pas de secousses fibrillaires. — La contractilité électrique est affaiblie dans les muscles atrophiés, mais cette diminution paraît être simplement en rapport avec la diminution du volume des masses musculaires; on ne trouve, en effet, aucun des caractères que l'on constate dans la réaction de la dégénerescence; on a affaire à une atrophie simple. La résistance électrique est augmentée. — Les réflexes tendineux sont plus faibles à gauche qu'à droite. — La sensibilité est presque complètement abolie dans le côté gauche du corps et dans tous

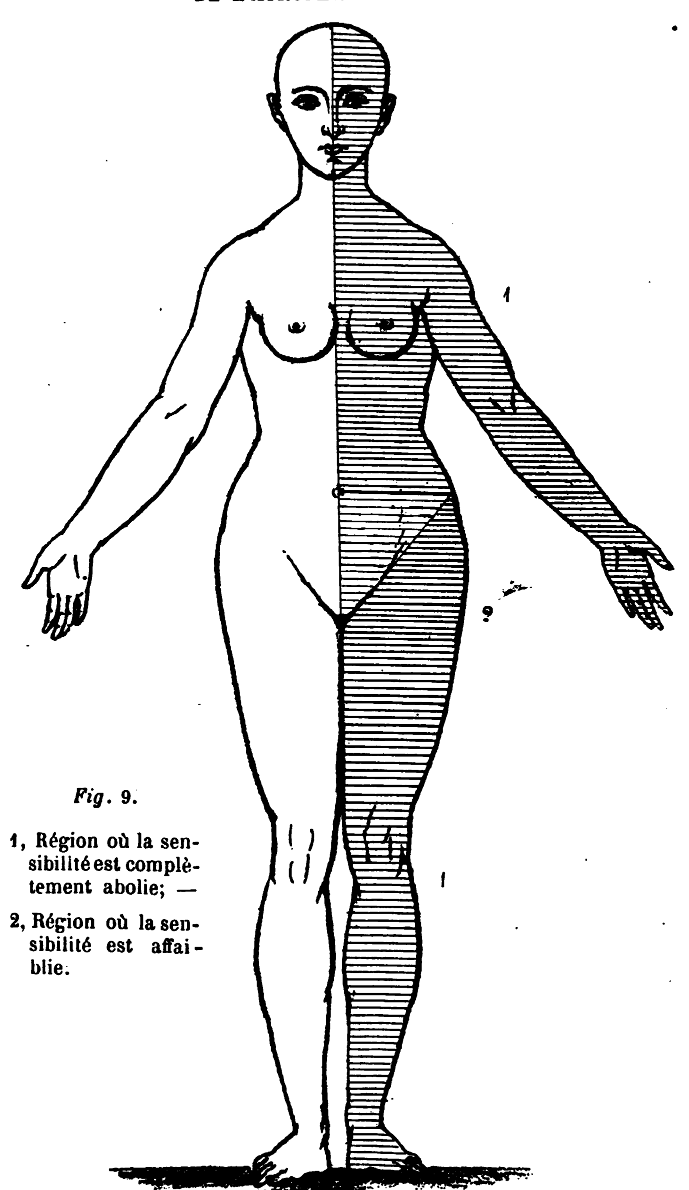


Fig. 9.

1, Région où la sensibilité est complètement abolie; —

2, Région où la sensibilité est affaiblie.

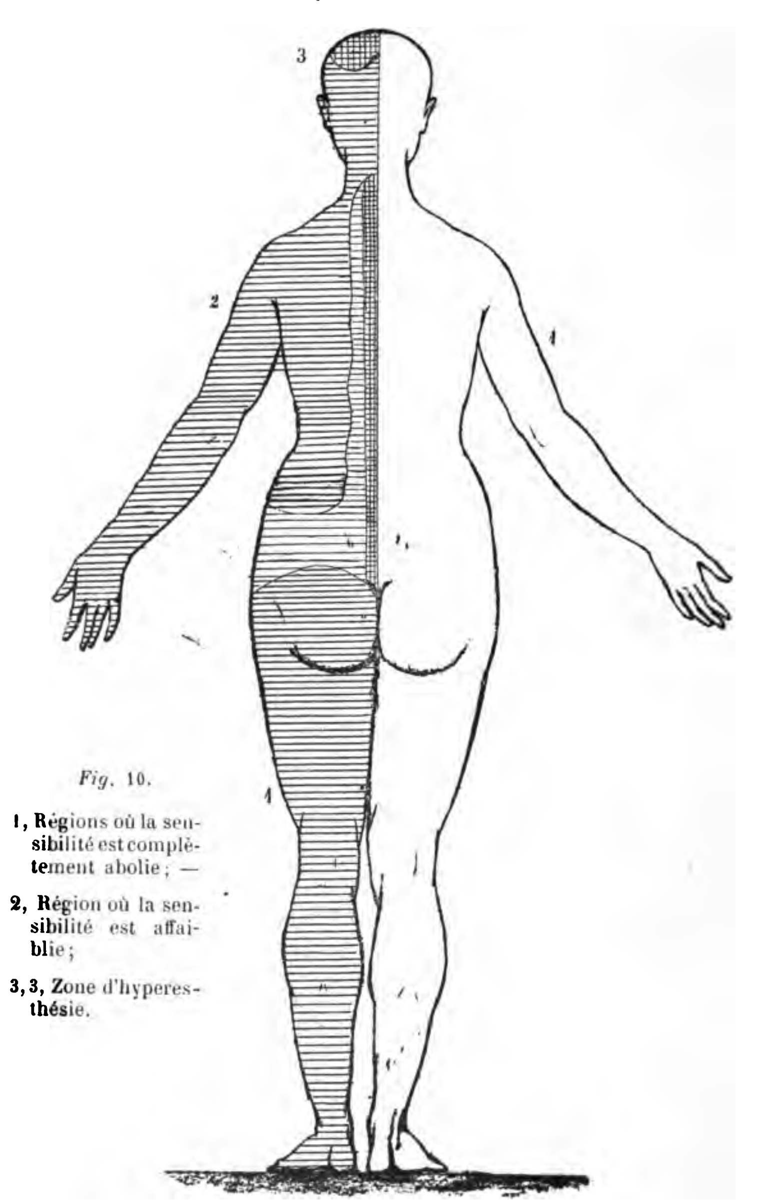


Fig. 10.

1, Régions où la sensibilité est complètement abolie ; —

2, Région où la sensibilité est affaiblie ;

3, 3, Zone d'hyperesthésie.

ses modes (tact, douleur, température, sens musculaire).Dans la région occipitale gauche existe une zone extrêmement douloureuse qui est le siège des douleurs les plus vives lorsque le malade omet de faire une de ses piqûres de morphine habituelles ; le long du rachis à gauche existe une bande d'hyperesthésie. (Voir *fig.* 9 et 10.)

Le testicule droit est un peu douloureux à la pression. Dans le flanc droit existe un point très douloureux.

Yeux. — Le malade ne distingue pas les objets de l'œil gauche ; il voit seulement s'il est dans l'obscurité ou à la lumière; mais il voit mieux avec les deux yeux qu'avec l'œil droit seul. A droite il y a un rétrécissement du champ visuel très prononcé, et de la diplopie monoculaire.

Ouïe. — A gauche le malade n'entend le tic-tac de la montre que lorsqu'on l'applique sur l'oreille ; à droite, il entend bien.

Odorat. — Le malade ne sent pas de la narine gauche.

Goût. — Il est aboli à gauche. — Anesthésie *du pharynx.* — Le malade est toujours adonné à la morphine, mais il a diminué sa ration quotidienne.

1er *juillet.* — Depuis le mois de février le malade a eu à plusieurs reprises des attaques semblables à celles qu'il avait eues autrefois. Plusieurs tentatives à l'aide du massage et de l'aimant ont été faites pour chercher à modifier l'état du malade, mais jusqu'à présent aucun résultat n'a été obtenu ; il faut noter seulement qu'après une application de l'aimant du côté du bras gauche pendant douze heures ; on a obtenu un transfert incomplet de la sensibilité. — La paralysie est toujours dans le même état ; l'amyotrophie est restée stationnaire.

Il nous semble qu'il est possible de démontrer, à l'aide d'arguments analogues à ceux dont nous nous sommes servis dans les observations précédentes, que la malade dont il est ici question est atteint d'une paralysie hystérique avec amyotrophie.

Nous commencerons par établir que cet homme est un hystérique et pour cela, il nous suffira d'énumérer les divers stigmates qu'il présente : l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, subissant un transfert incomplet, il est vrai, sous l'influence de l'aimant, le rétrécissement du champ visuel, les plaques d'hyperesthésie, l'anesthésie du pharynx, les attaques convulsives. En ce qui concerne ces dernières, les caractères qu'elles offrent permettent d'affirmer qu'elles sont de nature hystérique; elles présentent pourtant quelques particularités assez rares, que nous croyons intéressant de relever : les hémorragies, hématémèses, hématuries et épistaxis constituent, en effet, des épisodes très remarquables de ces attaques; d'autre part, nous ferons remarquer que l'apparition de celles-ci est généralement liée à la suppression d'une des piqûres de morphine que le malade a l'habitude de faire depuis plusieurs années. Nous n'insisterons pas du reste sur ces divers points n'intéressant qu'indirectement le sujet dont nous nous occupons. Nous devons maintenant prouver que la paralysie de ce malade est bien de nature hystérique et n'est pas imputable à une autre affection. Supposons en effet qu'il s'agisse là d'une paralysie due à une lésion organique, à une lésion de l'encéphale par exemple, et c'est évidemment eu égard au mode de début de l'hémiplégie, à la perte de connaissance qui l'a précédée, c'est, disons-nous, à une lésion siégeant dans cet organe qu'il faudrait songer. Eh bien ! pourrait-on comprendre avec cette hypothèse les caractères de cette hémiplégie et son évolution ? Comment s'expliquer ces alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'intégrité de la face, la prédomi-

nance de la paralysie dans le membre inférieur, et la diminution des réflexes tendineux du côté paralysé dans une hémiplégie qui remonte à plus de trois ans? Il nous semble qu'il est même inutile de discuter la possibilité d'une affection organique de la moelle ou des nerfs. Il suffit, en effet, de lire attentivement l'observation pour rejeter d'une façon absolue de pareilles hypothèses. Il s'agit donc là d'une affection purement dynamique, et le malade étant un hystérique, il est logique de mettre cette paralysie sur le compte de l'hystérie; du reste, cette hémiplégie s'est développée à la suite d'une attaque hystérique. Nous ferons encore remarquer que l'aspect de la paralysie du membre inférieur présente exactement les caractères que Todd a assignés aux paralysies crurales, de nature hystérique. Voici, en effet, comment Todd s'exprime en comparant l'attitude que présente dans la marche un sujet atteint d'hémiplégie organique et celle qu'offre un malade atteint d'hémiplégie hystérique[1].

« Si l'on examine, pendant la marche, une personne atteinte d'hémiplégie en conséquence d'une lésion organique du cerveau, on voit que, pour porter le membre inférieur paralysé en avant, cette personne incline le tronc du côté opposé à la paralysie, faisant reposer tout son poids sur le côté sain; et alors, par un mouvement de circumduction, projette en avant la jambe paralysée, de telle sorte que le pied décrit un arc de cercle. L'hystérique ne marche pas de cette façon, elle traîne lourdement (she drags) le membre

[1] Todd. — *Lect. on diseases of Nervous System.* (Lect. I, p. 20.)

paralysé après elle, comme s'il s'agissait d'un corps inerte.

« Il n'y a pas d'acte de circumduction, aucun effort quelconque pour détacher le pied du sol. Ce dernier en réalité (sioceps) balaye le sol dans l'acception rigoureuse du mot. »

Quant à l'amyotrophie, il nous semble qu'il est impossible de contester qu'elle dépend étroitement de l'hystérie; elle est, en effet, limitée au côté paralysé, elle prédomine de beaucoup dans le membre inférieur, dans lequel la paralysie est le plus marquée, et les caractères de cette atrophie musculaire sont exactement semblables à ceux que nous avons relevés dans les observations précédentes.

Observation IV (*résumée*). — *Boin..., palefrenier, est sujet depuis l'enfance à des maux de tête. A l'âge de vingt ans, après avoir dormi une nuit en hiver dans une carrière, il se réveille avec une hémiplégie gauche, la face étant indemne. La paralysie du membre inférieur disparaît rapidement. Il persiste seulement une monoplégie brachiale qui flasque d'abord, s'accompagne ensuite de contracture. Il y a en même temps de l'hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle. Tous ces phénomènes disparaissent petit à petit et le malade revient à la santé au bout de quatre mois et demi. Environ six mois après, à la suite d'une chute de cheval, se développe une nouvelle paralysie gauche, analogue à la précédente; le membre inférieur est très peu atteint, la face est indemne; le membre supérieur gauche est complètement paralysé; en même temps on constate une hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle. La paralysie flasque au début se transforme bientôt en paralysie avec contracture et les muscles du côté malade s'atrophient. Puis la contracture disparaît; les mouvements reparaissent progressivement et l'atrophie s'atténue en même temps.*

Boin... (Victor), âgé de vingt et un ans, palefrenier, entre le le 25 janvier 1884 dans le service de M. Bucquoy, à Cochin.

Antécédents héréditaires. — D'après ce que dit le malade, sa mère aurait eu des attaques de nerfs, mais il est impossible de déterminer s'il s'agit d'hystérie ou d'épilepsie.

Antécédents personnels. — A seize ans, fièvre typhoïde qui n'a pas été suivie de complications. Depuis l'enfance le malade a de fréquents maux de tête.

Au mois de *février* 1883, le malade ayant passé la nuit dans une carrière, la température étant très froide, s'est réveillé le matin, paralysé du côté gauche, ayant des fourmillementsdans tout ce côté.

Pendant une demi-heure environ il lui a été impossible de se lever. Au bout de ce temps, la faiblesse du membre inférieur s'était très atténuée si bien qu'il pût se lever et retourner chez lui. A ce momentvoici dans quel état il se trouvait : le membre supérieur était complètement paralysé; il lui était imposible de faire le moindre mouvement. Le membre inférieur était simplement affaibli. Il n'y avait rien à la face; pas de déviation de la commissure; le malade se rappelle seulement qu'il lui était difficile de fermer l'œil gauche. La sensibilité était complètement abolie au membre supérieur; au membre inférieur et à la face elle était simplement affaiblie. Le malade a remarqué aussi que le goût était absolument aboli de côté gauche et la vue affaiblie de ce côté. Quant aux autres sens il ne peut donner de renseignements. Il n'y avait pas de troubles psychiques. Huit jours après le début de cette paralysie le malade est entré dans le service de M. Moizard, à Cochin. Son état du reste ne s'était pas modifié depuis le début et il persista tel quel encore quinze jours environ. A ce moment. le malade remarqua que le membre supérieur gauche devenait raide, les doigts commencèrent à se fléchir, la main se fléchit sur l'avant-bras et il devint impossible au malade de modifier cette attitude; la raideur alla en augmentant, les doigts se fléchirent de plus en plus, si bien que les ongles finirent par pénétrer dans la paume de la main et provoquèrent des excoriations assez accentuées. L'état du malade ne se modifia plus pendant une durée de deux mois.

Trois mois après le début de la paralysie, commença une nouvelle phase, la contracture diminua d'intensité; puis les mouvements spontanés qui jusqu'alors avaient été abolis au membre supérieur, reparurent; la sensibilité reparut de son

côté, tant la sensibilité générale que la sensibilité spéciale, et un mois et demi après le début de cette amélioration, le malade était complètement guéri. La paralysie avait duré en tout quatre mois et demi.

Le 2 *janvier* 1884, le malade après s'être enivré, était monté à cheval et il tomba à terre; il affirme que la chute tenait à ce que, étant ivre, il n'était pas fixé solidement sur son cheval, mais qu'il ne s'était pas senti du tout étourdi avant de tomber, qu'il n'avait éprouvé étant à cheval aucune sensation de vertige, et qu'il n'avait pas perdu connaissance, car il se rappelle très bien tout ce qui s'est passé jusqu'au moment où il fut étendu sur le sol.

Une fois à terre, le malade perdit connaissance et resta dans cet état pendant quatorze heures environ. Quand il revint à lui, il lui fut possible de se lever, de marcher, mais pourtant le membre inférieur gauche était, dit-il, manifestement plus faible que le droit. La face ne présentait rien de particulier, elle n'était pas déviée, mais la vue lui paraissait plus trouble à gauche qu'à droite. Le membre supérieur était complètement paralysé : les mouvements des doigts, de la main, de l'avant-bras et du bras étaient tout à fait abolis. Il resta dans cet état jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Etat actuel (25 *janvier* 1886). — Le malade paraît jouir d'une santé parfaite, il a toute sa lucidité d'esprit, et il semble doué d'une excellente mémoire et d'une intelligence assez vive.

Le membre supérieur gauche est complètement paralysé comme le jour de l'accident, et cette paralysie est flasque. Le membre inférieur gauche est un peu affaibli. La face est absolument normale au point de vue de la motilité. La sensibilité, au tact, à la température, à la douleur, et le sens musculaire sont absolument abolis au membre supérieur gauche. Au membre inférieur gauche, la sensibilité est affaiblie. A la face il y a hémi anesthésie gauche complète. Abolition du goût et de l'odorat à gauche. Légère diminution de l'ouïe et de la vue à gauche. — La contractilité faradique, est conservée du côté paralysé. — Les réflexes tendineux sont conservés.

5 *février*. — Le membre supérieur gauche, qui était flasque au début, devient raide. Les doigts se fléchissent sur la main, la main sur l'avant-bras et l'avant-bras sur le bras,

10. — La raideur s'est accentuée; le membre est contracturé, les ongles des doigts s'enfoncent dans la paume de la main, et pour empêcher l'ulcération de la peau, on interpose entre les doigts et la paume de la main une pelote de ouate.

15. — On s'aperçoit que le membre supérieur gauche est beaucoup plus grêle que le droit. Entre la plus grande circonférence du bras droit et celle du bras gauche il y a 3 centimètres de différence; à la partie supérieure de l'avant-bras, il y a entre les deux côtés une différence de 3 centimètres, comme au bras. La contractilité faradique persiste, mais elle est un peu diminuée à gauche.

Le malade se plaint de fortes douleurs dans la nuque et le bras gauche.

1er *mars*. — Les douleurs ont disparu.

15. — On remarque que l'état du membre supérieur se modifie, la contracture est moins accentuée.

30. — La contracture qui avait été en s'atténuant sans cesse depuis le 15 mars, a complètement disparu, la paralysie est redevenue flasque.

3 *avril*.— Depuis deux jours est survenue une modification importante dans l'état du membre supérieur; quelques mouvements des doigts très limités, il est vrai, sont possibles. lorsqu'on exerce une traction sur les doigts, on provoque une légère douleur; quant aux mouvements de la main sur l'avant-bras, de l'avant-bras sur le bras et du bras sur l'épaule, ils sont toujours absolument impossibles.

On examine aussi ce jour-là le membre inférieur gauche, il ne présente plus rien d'anormal, il est aussi fort que celui du côté opposé.

La sensibilité du membre supérieur sauf aux doigts est toujours complètement abolie; il en est de même à la face, au membre inférieur elle est simplement émoussée.

Les sens spéciaux sont toujours dans le même état.

9. — Le malade commence à mouvoir l'avant-bras sur le bras.

20. — Le malade commence à mouvoir un peu le bras sur l'épaule.

5 *mai*. — Le malade demande à sortir, et voici dans quel état il se trouve : le membre supérieur gauche n'est plus para-

lysé; les mouvements des divers segments sont possibles, mais ils sont moins étendus que ceux du côté opposé. L'atrophie est moins accentuée qu'autrefois; entre les circonférences des bras et des avant-bras droits et gauches il n'y a plus que 2 au lieu de 3 centimètres de différence.

La sensibilité de la face du côté gauche est revenue en partie. Pour le reste, pas de modifications.

Depuis sa sortie, le malade n'a pas été revu.

Le malade avait été examiné à une époque où l'hystérie chez l'homme n'était pas encore connue, et le diagnostic exact n'avait pas été porté à ce moment; c'est ce qui explique aussi pourquoi il n'est pas fait mention, dans le cours de l'observation, de certains stigmates hystériques, de certains phénomènes qui n'ont pas été recherchés chez ce malade, et qui peut-être existaient chez lui; tels que rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, etc. Nous publions pourtant cette observation, car ce qui y est consigné nous paraît absolument suffisant pour établir rigoureusement qu'il s'est agi chez lui d'une paralysie hystérique, avec amyotrophie. Il nous semble même que, pour le démontrer, il n'est pas nécessaire de faire une longue argumentation. Si l'on suit avec tant soit peu d'attention les diverses phases de la maladie, on est amené fatalement à rejeter l'hypothèse d'affection organique. Supposons pourtant un instant qu'il en soit ainsi et que les diverses manifestations motrices et sensitives aient été sous la dépendance d'une lésion organique de l'encéphale; dans cette hypothèse, on considèrerait la contracture développée dans le membre supérieur comme due à une dégénération secondaire. Mais alors, où localiser la lésion? Il faudrait

évidemment la placer dans l'hémisphère droit, puisque la paralysie est à gauche? L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle serait en rapport avec l'idée d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne; et l'on admettrait que cette lésion empiète sur la partie antérieure de la capsule interne pour produire les troubles moteurs. Mais une pareille hypothèse nous semble difficile à soutenir; car, la localisation presque absolue de la paralysie au membre supérieur n'est guère conciliable avec les données anatomo-pathologiques que nous possédons. Il serait encore plus vraisemblable de supposer la présence de deux foyers, l'un dans la partie postérieure de la capsule interne, en rapport avec l'hémianesthésie, l'autre dans les circonvolutions, en rapport avec la paralysie. Mais avec cette hypothèse comment pourrait-on comprendre la disparition de la contracture et le retour des mouvements? Une semblable évolution des accidents est inadmissible; cette supposition est en contradiction absolue avec les connaissances précises que nous possèdons sur la dégénération descendante.

On est donc dans la nécessité même, après une courte analyse des faits, de rejeter l'hypothèse de lésion organique et de mettre la paralysie sur le compte d'une affection dynamique des centres nerveux. Quant à l'hémianesthésie, il nous paraît tout naturel de la rattacher à la même cause que la paralysie; du reste, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, d'origine organique est tout à fait exceptionnelle, tandis qu'elle est très fréquente dans le domaine dynamique et constitue un des stigmates les plus importants de l'hystérie, et presque suffisant à lui seul pour établir son exis-

tence. Dans le cas actuel cette hémianesthésie jointe à la vive céphalalgie éprouvée par le malade, nous permet, croyons-nous, d'établir que nous avons affaire à un hystérique. Dès lors, il devient évident que la paralysie doit être aussi mise sur le compte de l'hystérie. — Ainsi donc, les caractères présentés par la paralysie nous ont conduit à établir qu'elle relevait d'une affection dynamique. Nous avons été ainsi amenés à considérer de même l'hémianesthésie comme dynamique. Nous avons montré ensuite que cette hémianesthésie dépendait de l'hystérie, et enfin, revenant sur nos pas, nous nous sommes fondé sur ce que le malade est un hystérique, pour soutenir que la paralysie devait être aussi de nature hystérique.

L'amyotrophie étant limitée au membre paralysé, ayant débuté peu de temps après le commencement de la paralysie et s'étant atténuée lorsque les mouvements sont revenus, il est de toute évidence qu'elle se rattache étroitement à la paralysie hystérique et qu'elle ne peut relever d'une autre cause.

Observation V *(résumée). — Dem..., garçon boucher, trente ans; pas d'antécédents nerveux, soit héréditaires, soit personnels. A la suite d'un traumatisme sur le membre supérieur gauche, ayant, selon toute vraisemblance, occasionné une fracture de l'avant-bras, on applique au malade un appareil plâtré qu'il garde quarante-cinq jours. Lorsqu'on lui enlève l'appareil, on constate que le membre supérieur est contracturé. Le malade est examiné à la Salpêtrière quatre mois environ après l'accident; la contracture persiste toujours, les mouvements du membre supérieur sont presque complètement abolis. Il existe en même temps une hémianesthésie sensitivo-sensorielle; un rétrécissement du champ visuel. Le malade*

est sujet à des attaques de dyspnée, de nature hystérique. Il existe une amyotrophie dans le membre paralysé. A la suite d'une séance de massage de dix minutes, la contracture s'atténue très notablement, et les mouvements reviennent en partie.

Dem..., garçon boucher, trente ans, entre, le 18 mai 1885, dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts âgés.

Père, mort à cinquante ans, d'une maladie aiguë. — *Mère*, morte à quarante-six ans; pas nerveuse. — Un *frère de la mère* a du sable dans les urines. — *Frère et sœur* bien portants ainsi que leurs enfants.

N'a jamais entendu dire qu'il y ait eu aucun cas de paralysie, ni d'attaques d'aucune sorte, ni d'aliénation dans la famille.

Antécédents personnels. — Lui-même n'a jamais été malade. Il est né à Saint-Victor, près de Ribérac (Dordogne), et est resté à la campagne jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, gardait les moutons, allait aux foires. A été au service militaire pendant un an. Habite Paris depuis cinq ans; a travaillé chez différents bouchers de la ville, ainsi qu'aux abattoirs chez les bouchers.

Pas d'alcoolisme : chez lui, il ne buvait jamais; à Paris, il ne buvait pas plus d'une chopine par jour. Boit habituellement deux verres de sang le matin, depuis qu'il est à Paris. — Pas de syphilis. — Il travaillait en dernier lieu aux Halles centrales; c'est là que lui est arrivé son accident.

Il y a quatre mois et demi (le malade ne peut dire au juste la date), il était en train de décrocher un demi bœuf à l'étal avec un camarade, lorsque le crochet cassa, et le malade fut renversé, son bras gauche pris sous le bœuf. Il dit avoir entendu craquer quelque chose dans son poignet; il n'a pas perdu connaissance, seulement il était étourdi, ne savait plus au juste où il était; il est resté par terre cinq minutes, jusqu'à ce que l'on eut enlevé le demi bœuf, dont le poids était considérable (ce bœuf avait été primé aux concours des animaux gras).

Il était cependant assez mal pour qu'on le transportât chez le pharmacien voisin, qui lui donna une potion cordiale, et

lui enveloppa le bras de compresses phéniquées. Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs dans son bras, ni au moment où il était pris sous le bœuf, ni les jours suivants. Mais, voyant que son bras enflait toujours, il se décida à entrer à l'hôpital, quatre jours seulement après l'accident.

Non seulement le malade n'éprouvait pas de douleurs dans le bras même, mais il ne le sentait pas, le bras était comme mort, à partir de l'épaule. Il lui semblait avoir, dit-il, au lieu de bras un poids de quarante livres à supporter. — Aucun mouvement n'était possible, il n'y avait aucune raideur dans le membre.

A Saint-Antoine, on lui a mis pendant quinze jours des compresses, des cataplasmes; le poignet, la main, les doigts étaient très enflés, légèrement fléchis; il ne pouvait pas les redresser lui-même, mais on pouvait les étendre passivement.

Quinze jours après son entrée, on l'aurait endormi au chloroforme « pour lui recasser le poignet » dit-il, puis on lui a mis un appareil plâtré qu'il a gardé quarante-cinq jours. A cette époque, on l'a renvoyé de l'hôpital, faute de place, et on lui a dit de revenir plus tard, pour se faire enlever l'appareil plâtré. Il est sorti et est allé à la mairie pour demander des secours. Là, le médecin de la mairie l'a vu, et, comme le malade lui disait qu'il avait son appareil depuis quarante-cinq jours, le médecin a jugé à propos de lui enlever l'appareil. C'est alors que les doigts se sont fléchis, contracturés dans la main, dans l'état où ils sont aujourd'hui.

Huit jours après, il est retourné à la mairie; le bras était dans le même état.

Puis il est entré à Lariboisière, où on l'a endormi pour lui étendre la main sur une planchette, mais la main ne s'est pas maintenue dans cette situation. Quelques jours après, on a renvoyé le malade, qui est retourné chez lui en Dordogne, avec sa contracture, à Ribérac, puis à Bordeaux, où il est resté quinze jours à l'hôpital. Le malade revint à Paris. Il alla trouver M. Périer, qui l'a envoyé à la Salpêtrière le 18 mai.

Etat actuel (18 *mai* 1886). — Homme de taille moyenne, bien constitué. Pas de troubles viscéraux. Ne présente rien d'insolite au point de vue mental. Intelligence moyenne, culture rudimentaire, sait à peine lire et écrire. Il a un peu d'am-

nésie : il ne peut pas dire ni le jour ni le mois où son accident a eu lieu. Quand on lui demande son adresse, il ne peut répondre, et cherche dans sa poche un papier sur lequel elle est inscrite.

Le malade porte son bras gauche en écharpe.

L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, en faisant avec lui angle obtus; il est dans la supination; le coude est presque complètement immobilisé dans cette position. Le bras est dans la position normale, le long du corps, légèrement contracturé; on ne peut l'écarter du tronc que d'une façon très limitée. Les doigts sont fortement fléchis sur la main, allongés et contracturés. Ils sont serrés les uns contre les autres, avec une tendance à se recouvrir en se portant vers l'axe longitudinal du médius. Le pouce est fortement fléchi vers la main, l'ongle incrusté sur la face externe de l'index.

Les *mouvements volontaires* sont très limités, pour ainsi dire nuls, dans toute l'étendue du membre.

Les *mouvements passifs* ne sont guère plus étendus.

Lorsque l'on essaie de redresser les doigts, le malade accuse une certaine douleur, au niveau de l'extrémité des doigts.

Les *réflexes* du coude et du poignet sont exagérés à gauche. On détermine facilement une *trépidation* des doigts, surtout du pouce, en cherchant à les redresser; par moment cette trépidation est spontanée pour le pouce et rappelle l'aspect du tremblement dans la maladie de Parkinson.

La *sensibilité cutanée* à la piqûre et au froid est abolie ou du moins amoindrie dans toute la hauteur du membre, sauf à la face palmaire des doigts et dans un triangle qui descend de l'aisselle vers le bras. Il en est de même de la *sensibilité profonde* et du *sens musculaire*. Le coude, le poignet, l'épaule peuvent être impunément tordus, tirés en tous sens, le malade ne sait pas ce qu'on lui fait; il ignore la position qu'occupent les divers segments du membre. Il n'en est pas de même des doigts dont la sensibilité est conservée et même exagérée à la face palmaire. (Voir les *figures* 11 et 12.)

Lorsqu on tord l'épaule, le malade ne sent qu'un tiraillement au niveau de l'extrémité interne de la clavicule et à l'omoplate.

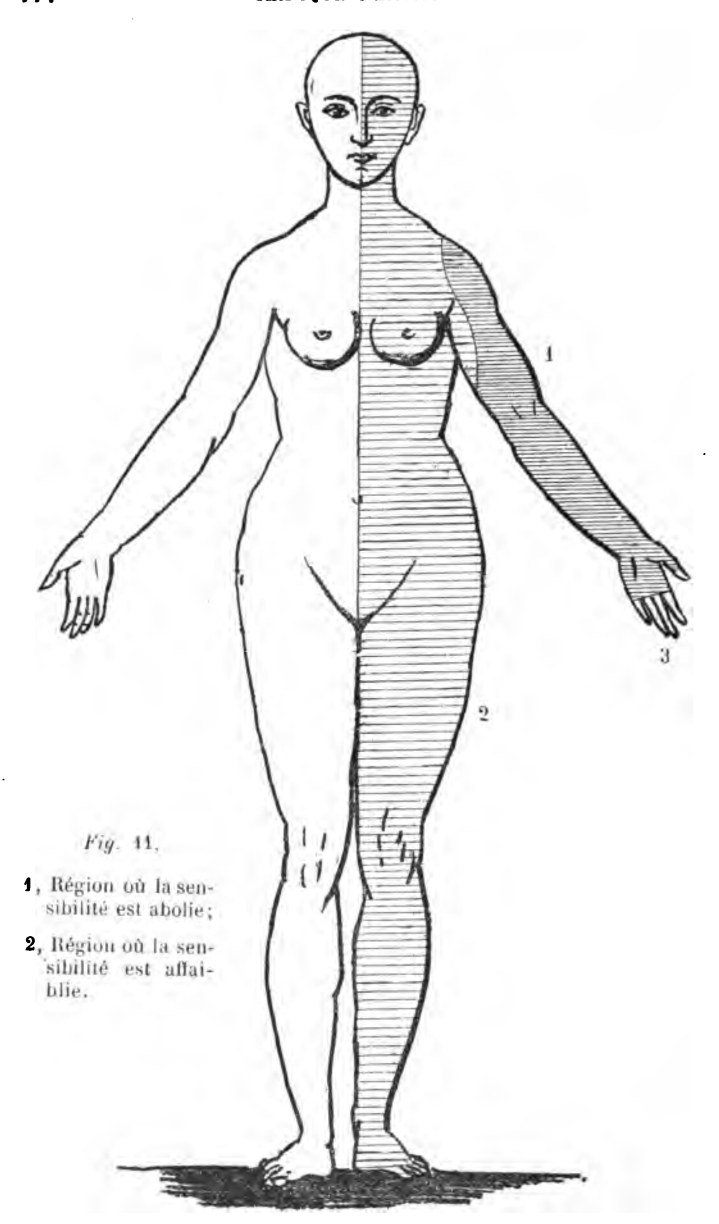


Fig. 11.

1, Région où la sensibilité est abolie;

2, Région où la sensibilité est affaiblie.

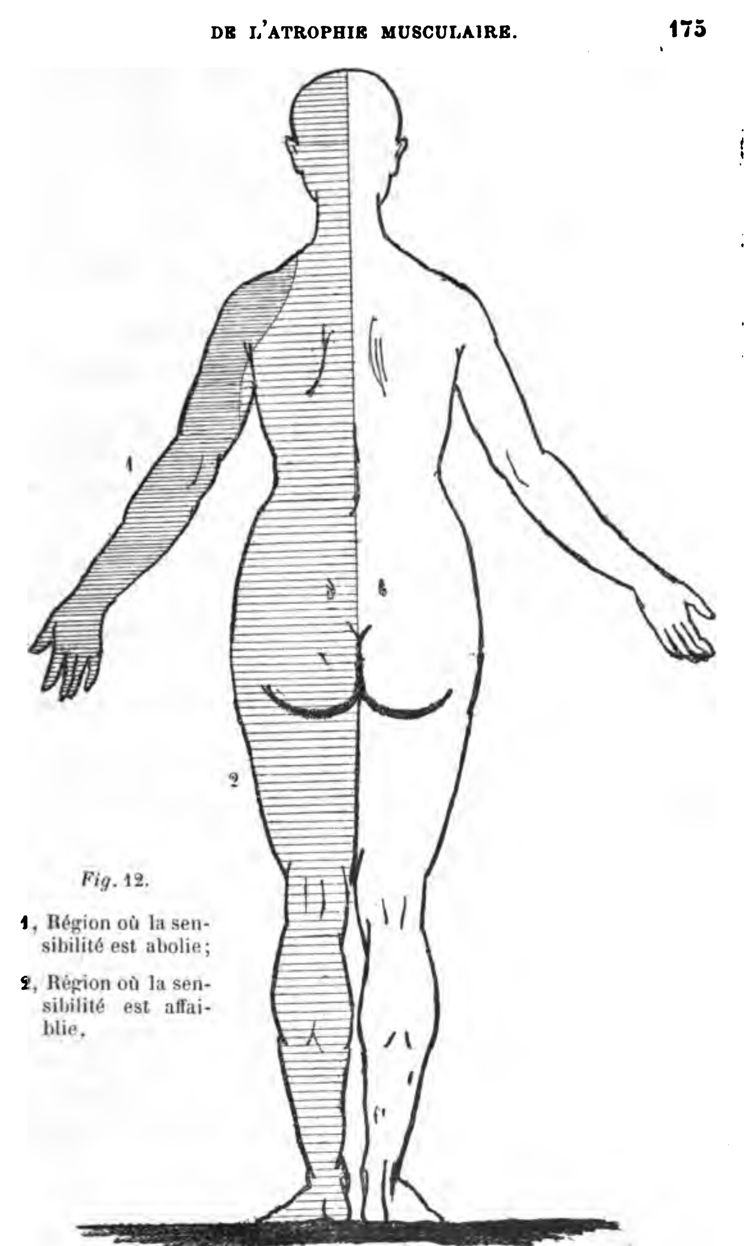


Fig. 12.

1, Région où la sensibilité est abolie;

2, Région où la sensibilité est affaiblie.

Les divers segments du membre sont manifestement atrophiés.

	C. DROIT.	C. GAUCHE.
Avant-bras, partie la plus saillante.	25 c.	23 c.
— à 15 centimètres au-dessous de l'olécrane.	20	18
Bras, partie la plus saillante.	25	24

La peau des doigts est amincie et présente un aspect lisse très net.

La température est plus basse dans le bras gauche.

De plus le bras gauche se couvre souvent de sueurs sans que le reste du corps y participe.

Dans la moitié gauche du corps, la sensibilité au froid et à la piqûre est manifestement diminuée (Voir les *figures* 11 *et* 12); elle est normale à droite. Un corps froid appliqué sur le dos est perçu comme un corps chaud à gauche.

Ouïe. — Le malade entend bien de l'oreille droite; à gauche il n'entend que si la montre est appliquée sur l'oreille.

Odorat. — Le malade ne sent pas de la narine gauche, sent bien à droite.

Goût. — Complètement aboli à gauche, conservé à droite. — Pas d'anesthésie du *pharynx*.

Vue. — Un léger rétrécissement du champ visuel, à gauche.

Le malade a eu, il y a quatre semaines pendant la nuit une sorte d'accès d'étouffement ainsi constitué : il s'est réveillé brusquement, a senti quelque chose lui remonter de son bras gauche vers la poitrine; puis il a éprouvé une constriction vive au niveau du larynx. Il est resté ainsi sans pouvoir respirer, est devenu blanc, puis bleu; sa respiration s'est beaucoup accélérée; puis il y a eu une période de chaleur vive et de sueurs. Cela a duré environ cinq minutes. Une jeune fille qui était avec lui lui a jeté de l'eau à la figure et lui a donné à boire de l'eau sucrée. Pendant la demi-heure qui a suivi, il est resté sans pouvoir parler, sans pouvoir proférer le moindre son.

Une deuxième fois, huit jours après, les mêmes phénomènes se sont reproduits dans la rue.

Un troisième accès, chez lui, la nuit.

Le malade ne reste que quelques jours à l'hôpital.

Il revient le 18 *juin*. Son état, depuis sa sortie, ne s'est guère modifié.

En ce qui concerne la paralysie avec contracture, pas de changement. L'amyotrophie n'a pas augmenté. La région de l'épaule qui était complètement insensible a recouvré en partie sa sensibilité. Le malade nous dit qu'il a eu, le 16 juin, une attaque de dyspnée.

Le 21, le malade demande à sortir. On essaye, avant de le laisser partir, d'agir sur sa contracture au moyen du massage. Voici ce que l'on fait : on pratique sur les téguments du bras gauche des frictions avec les mains enduites de glycérine, et, en même temps, on cherche par des tractions à redresser les doigts et à faire mouvoir le poignet, le coude et l'épaule; cette opération provoque des douleurs assez vives au niveau de la face palmaire des doigts, mais elle amène rapidement un résultat très satisfaisant; la contracture s'atténue en peu de temps, les doigts se redressent et le malade arrive, au bout de dix minutes, à faire exécuter spontanément à ses doigts, son poignet, son coude et son épaule, des mouvements relativement assez étendus. A cause des douleurs que le malade ressent dans les doigts, on suspend le massage en recommandant au malade de revenir le lendemain à l'hôpital. Mais celui-ci qui, d'après les renseignements que nous avons eus sur son compte, s'est habitué depuis son accident à vivre dans l'oisiveté et à se servir de sa paralysie pour se livrer à la mendicité, craignant sans doute d'être guéri, ne s'est plus présenté à l'hôpital.

Après les discussions dans lesquelles nous sommes entrés à propos des observations précédentes, il nous semble que nous n'aurons pas besoin de discuter longuement pour démontrer qu'il s'agit là encore d'une paralysie hystérique avec amyotrophie. L'existence de l'hystérie chez ce malade ne peut être contestée. L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, les attaques de dyspnée, sont des arguments tout à fait suffisants.

Quant à la paralysie, elle présente des caractères qui permettent d'affirmer qu'elle est de nature hysté-

rique, et qu'elle ne peut relever d'une lésion organique. Il nous suffira de faire remarquer qu'une séance de massage de dix minutes a suffi pour ramener en grande partie les mouvements dans un membre qui, depuis plus de deux mois, était complètement paralysé. Il existe une amyotrophie dans le membre paralysé qui doit être de toute évidence rattachée à la paralysie hystérique. Les muscles devaient être examinés électriquement, mais le départ précipité du malade nous a empêché de le faire.

Observation VI (*résumée*). — *Mouill..., âgé de vingt-neuf ans, homme de peine au chemin de fer; pas d'antécédents nerveux, soit héréditaires, soit personnels. A la suite d'un violent traumatisme sur l'épaule droite, est atteint d'une paralysie complète du bras droit. Dans les premiers jours, il y avait, en même temps, un affaiblissement du membre supérieur gauche et des membres inférieurs, mais ces phénomènes ne furent que transitoires. Trois mois après l'accident, le malade est examiné à la Salpêtrière et on constate les symptômes suivants : monoplégie droite complète avec abolition absolue de la sensibilité sous toutes ses formes dans le membre supérieur droit. Diminution de la sensibilité dans tout le reste du corps. Abolition du goût et de l'odorat. Affaiblissemeut de l'ouïe. Rétrécissement double du champ visuel et diplopie monoculaire. Anesthésie du pharynx. Amyotrophie légère du membre paralysé, simple au point de vue des réactions électriques.*

Mouill... (François), âgé de vingt-neuf ans, entre le 1er mars 1886 dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Aucun des membres de sa famille qu'il connaît (père, mère, trois sœurs, tantes, oncles) ne présente ni n'a jamais présenté de phénomènes nerveux.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie sérieuse. N'est ni syphilitique, ni alcoolique.

Le 1er *décembre* 1885, le malade, travaillant comme homme de peine dans une gare, a, dans une manœuvre, l'épaule droite prise entre les tampons d'un wagon et d'une locomotive; la

région sous-claviculaire jusqu'au mamelon, et le bras droit auraient été aussi comprimés. Les ouvriers présents, s'apercevant de l'accident, firent signe au machiniste qui, aussitôt, fit reculer la locomotive et l'éloigna ainsi du wagon, mais le patient tomba à terre immédiatement après qu'il cessa d'être pressé par les deux tampons, et il resta ainsi vingt minutes sans connaissance. Lorsqu'il revint à lui après ce laps de temps, il sentait, dit-il, sa respiration très gênée, il était très oppressé, il lui semblait en même temps que son membre supérieur droit, était absentet il avait en place la sensation d'un corps très lourd qu'on aurait appendu au côté droit du tronc; dès son réveil, il s'est aperçu qu'il lui était impossible de mouvoir l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main; les mouvements des doigts seuls étaient possibles; à ce moment aussi la région comprimée n'était pas dutout tuméfiée; le malade prétend même qu'elle était aplatie, mais cet aplatissement n'a pas été constaté par un médecin ni par les assistants; c'est lui-même qui, en portant la main gauche sur l'épaule droite, s'est figuré que son épaule était aplatie. — Il fut aussi impossible au malade de se lever après son réveil, et il fut transporté immédiatement à Lariboisière dans un service de chirurgie dirigé à ce moment par M. Brun, chirurgien du Bureau central. Il arriva à l'hôpital à huit heures du soir, et le lendemain, à la visite, il fut examiné par M. Brun.

A ce moment, l'épaule était déjà un peu enflée; il y avait une ecchymose occupant la région de l'épaule, la région sous-claviculaire et une partie de la face; la sensibilité à la piqûre du membre supérieur était complètement abolie, mais le malade éprouva des douleurs lorsqu'on fit sur son membre des tractions assez fortes pour voir s'il y avait fracture ou luxation; la motilité du membre supérieur était, comme au début, abolie; les doigts seuls pouvaient se mouvoir un peu; la motilité des doigts persista encore deux jours, puis disparut à son tour. — Le bras fut mis en écharpe. — Le lendemain, le gonflement devint encore plus considérable et dura environ huit jours. — Pendant les treize premiers jours, le malade se sentait un peu étourdi; en même temps, les membres inférieurs étaient assez affaiblis. Le malade essaya de se lever le huitième jour, mais il lui fut impossible de se tenir debout; le membre supérieur gauche était aussi affaibli, et le malade ne s'en servait qu'avec difficulté.

Le malade au bout de treize jours peut se lever, son membre supérieur gauche avait recouvré sa force ; le membre supérieur droit seul restait paralysé et d'après ce que dit le malade, il était dans la situation dans laquelle il se trouve actuellement. — On l'électrisa, mais sans succès, et M. Brun supposant une paralysie hystéro-traumatique, l'envoya à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Merklen, médecin du Bureau central, qui confirma le diagnostic de M. Brun et qui, après avoir gardé le malade quelque temps dans son service, voulut bien l'envoyer à la Salpêtrière et nous remettre l'observation qui avait été prise par son interne. — Voici dans quel état se présentait le malade le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 13 *janvier* 1886.

Le malade est un homme vigoureux, bien musclé, ayant toute sa présence d'esprit, mais paraissant d'une intelligence au-dessous de la moyenne.

Le *membre supérieur droit* pend flasque et inerte le long du corps ; l'épaule est abaissée. A la mensuration on trouve qu'à 18 centimètres au-dessus de l'apophyse coracoïde la circonférence du bras est de 31 cent. à gauche et de 30 cent. à droite; à l'avant-bras à 16 cent. au-dessous de l'épicondyle, on trouve 24 c. et demi à gauche et 23 c. et demi à droite. — Les muscles se contractent très bien au moyen des courants induits.

La *sensibilité* au tact, à la douleur, à la température, est complètement abolie dans les mêmes limites que lors de l'entrée du malade à la Salpêtrière ; nous y reviendrons plus loin.

Les *réflexes tendineux* du coude et du poignet sont conservés.

Le membre supérieur droit est un peu *violacé et il est plus froid* que celui du côté opposé.

L'*ouïe* est un peu moins forte du côté droit que du côté gauche.

La *sensibilité gustative* semble diminuée à droite.

Les *yeux* paraissent normaux des deux côtés.

Le malade n'a jamais eu d'*attaques de nerfs*.

Le pression au niveau des fosses iliaques, du rebord costal droit et du testicule droit est douloureuse, mais la douleur reste localisée dans la zone où l'on pratique la compression.

Toutes les autres fonctions s'effectuent d'une façon normale.

On soumet le malade à l'électrisation, mais ce traitement n'amène aucun résultat. Il entre à la Salpêtrière le 1er *mars* 1886, et voici ce que l'on constate alors :

Le malade est à peu près dans le même état que lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu. — Son état général est toujours très bon. — La *paralysie du membre supérieur droit* est complète et flasque. Les mouvements de l'épaule, du coude, du poignet, des doigts, sont tout à fait abolis. — La *sensibilité* au tact, à la température, à la douleur est abolie, dans les limites indiquées sur les *figures* 13 et 14. Le *sens musculaire* est aboli. — Les *réflexes tendineux* sont affaiblis à droite. — Le membre supérieur droit est *plus froid* que le gauche. — La main droite est *plus rouge* que la gauche. — A la *mensuration* on trouve les mêmes chiffres qu'à l'Hôtel-Dieu et la diminution de volume du bras et de l'avant-bras paraît due à l'*atrophie des muscles*, mais il est impossible de déterminer si l'atrophie porte plus particulièrement sur tel ou tel muscle. — Il n'y a *pas de secousses fibrillaires.* — Pas d'exagération de l'*excitabilité idio-musculaire.* — A l'*électrisation*, les muscles se contractent normalement ; il n'y a pas de réaction de dégénérescence. — Il y a augmentation de la *résistance électrique.*

La *sensibilité des autres parties du corps* n'est pas normale ; elle est très affaiblie dans toute la partie supérieure du corps, un peu affaiblie dans la partie inférieure.

La *sensibilité du pharynx* est abolie. — Le *goût et l'odorat* sont abolis des deux côtés. *L'ouïe* est affaiblie des deux côtés. Il y a un *rétrécissement du champ visuel* double et très prononcé; de la *diplopie monoculaire* ; pas de dyschromatopsie. — Pas de points hystérogènes. — Pas d'attaques.

Différents moyens ont été employés pour chercher à faire disparaître cette paralysie (massage, électrisation, flagellation sur la région temporo-occipitale du côté opposé à la monoplégie, mais rien n'a réussi, et plus de quatre mois après l'entrée du malade à la Salpêtrière son état ne s'est encore aucunement modifié. L'amyotrophie n'a pas augmenté.

Cette observation est presque calquée sur les deux cas de monoplégie hystéro-traumatique publiés par M. Charcot et dont nous avons déjà parlé. Nous ne

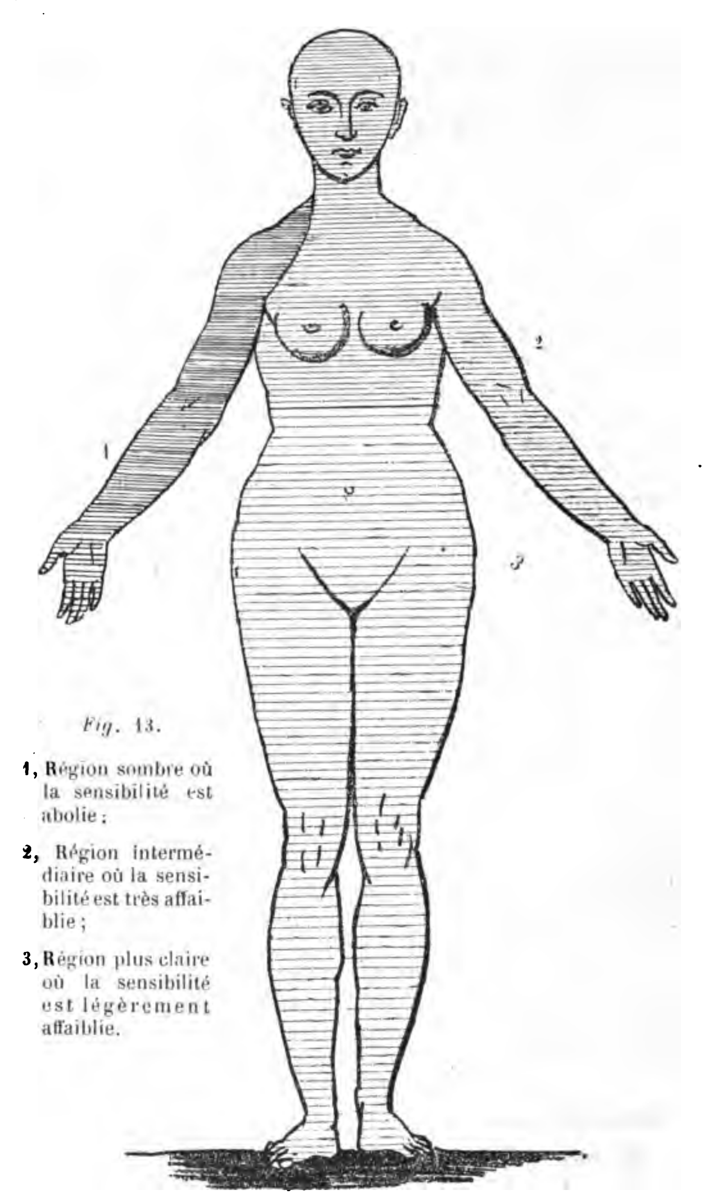


Fig. 13.

1, Région sombre où la sensibilité est abolie ;

2, Région intermédiaire où la sensibilité est très affaiblie ;

3, Région plus claire où la sensibilité est légèrement affaiblie.

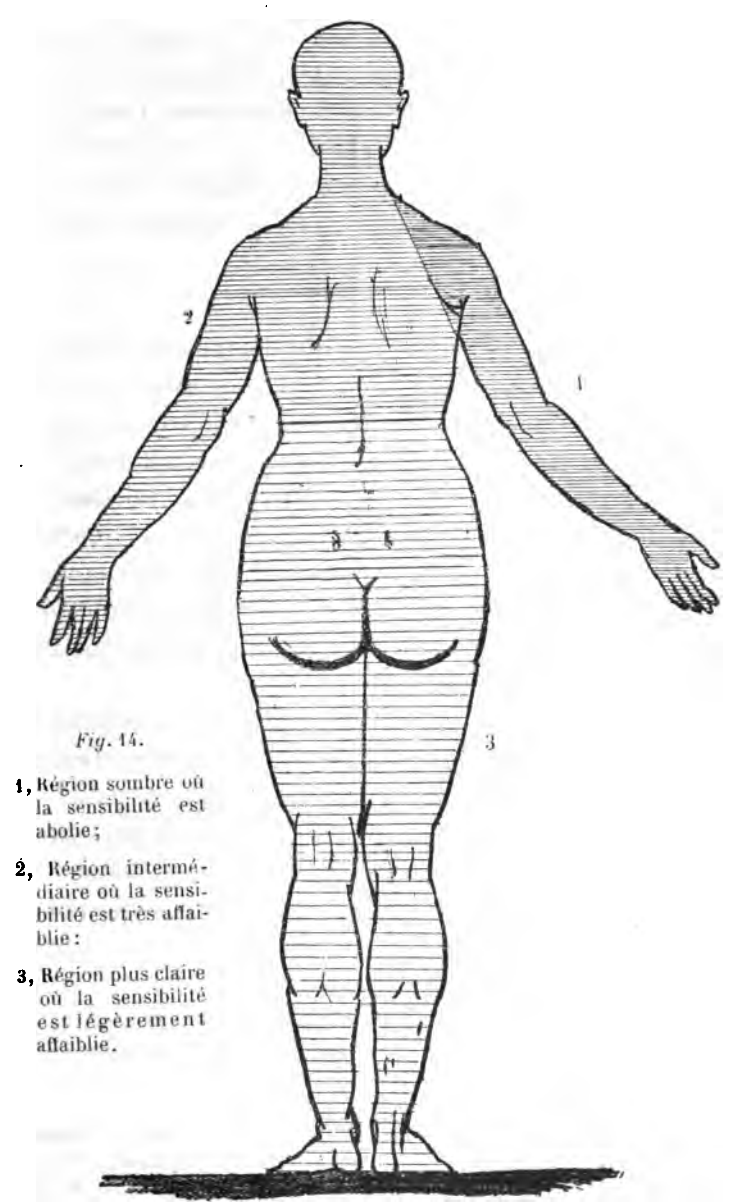


Fig. 14.

1, Région sombre où la sensibilité est abolie;

2, Région intermédiaire où la sensibilité est très affaiblie :

3, Région plus claire où la sensibilité est légèrement affaiblie.

discuterons même pas le diagnostic. Il s'agit là, sans qu'il soit possible de le contester, d'une paralysie hystérique. Mous relèverons particulièrement l'amyotrophie qui est ici bien plus atténuée que dans les observations précédentes, et qui aurait pu passer inaperçue si notre attention n'avait pas été spécialement attirée de ce côté.

Nous nous sommes efforcé de démontrer, à propos de chacune des observations que nous avons rapportées, qu'il s'agissait bien là de paralysies hystériques, que l'atrophie musculaire dépendait étroitement de ces paralysies, et que, par conséquent, elle était de nature hystérique. Nous devons maintenant, comme nous l'avons annoncé, chercher par une étude comparative de ces diverses observations si cette amyotrophie présente quelques caractères propres qui permettent de la classer dans un cadre spécial.

Et tout d'abord, en ce qui concerne l'intensité de cette amyotrophie, y a-t-il quelque chose de particulier à signaler? L'examen des divers cas que nous avons observés montre que l'atrophie musculaire présente à ce point de vue d'assez grandes différences. Rappelons quelques-unes des mensurations que nous avons faites.

Observation I

Circonférence maxima du bras gauche.	22 cent.
— — droit.	25 cent.

Observation II

	C. DROIT.	C. GAUCHE.
Circonf. du bras à sa partie moyenne.	22 c.	19 c.
— de l'avant-bras à sa partie supérieure.	22 c.	19 c.

OBSERVATION III

Circonf. de la cuisse 10 c. au-dessus de la rotule.	37 c.	33 c.
— 15 c. —	41 c.	38 c.
— 20 c. —	45 c.	41 c.

OBSERVATION IV

Différence entre la plus grande circonférence du bras droit et du bras gauche.	3 cent.
Différence entre la plus grande circonférence de l'avant-bras droit et de l'avant-bras gauche.	3 cent.

OBSERVATION V

	C. DROIT.	C. GAUCHE.
Circonférence de l'avant-bras au niveau de la partie la plus saillante.	25 c.	23 c.

OBSERVATION VI

Circonférence du bras à 18 c. au-dessus de l'apophyse coracoïde.	30 c.	31 c.
Circonférence de l'avant bras à 10 c. au-dessus de l'épicondyle.	23 c. 1/2	24 c. 1/2

Comme on le voit dans la plupart de ces observations, l'atrophie musculaire présente d'assez notables proportions, si l'on en juge par ces chiffres. — Une objection, il est vrai, se présente à l'esprit : cette diminution de volume des membres tient-elle bien à de l'amyotrophie, ou n'est-elle pas le résultat d'un simple amaigrissement, d'une fonte du tissu adipeux? A cela nous répondrons que la palpation des muscles montre d'une façon évidente que ceux-ci sont réellement atrophiés, et que c'est bien à cette amyotrophie que doit être rapportée, sinon d'une façon exclusive, du moins pour la plus grande part, la diminution de volume des membres. Ainsi donc cette amyotrophie peut être assez marquée; mais, pourtant

si on la compare aux atrophies musculaires que l'on observe dans la maladie d'Aran-Duchenne, dans la paralysie spinale de l'adulte, dans les myopathies primitives, on remarque qu'elle est relativement modérée; elle est loin d'atteindre les proportions qu'elle peut présenter dans les affections que nous venons de citer. Cela tient-il à ce que le nombre des observations de ce genre est encore limité, et ne rencontrera-t-on pas plus tard des cas contredisant la proposition que nous venons d'énoncer? Il est impossible de répondre à cette question; mais, du reste, nous ne prétendons pas établir ici des règles absolues, nous cherchons seulement à noter ce qui nous semble ressortir de l'examen de nos malades. — Dans l'Observation VI, l'amyotrophie est extrêmement faible et on pourrait presque se demander s'il ne s'agit pas là d'une asymétrie pour ainsi dire normale, c'est-à-dire antérieure à la paralysie. Nous ne le croyons pas, car le malade est droitier et que par conséquent, selon toute vraisemblance, le côté droit était, avant l'accident, le plus développé. Nous sommes d'autant plus porté à admettre que l'atrophie est bien, dans ce cas, attribuable à l'hystérie, que, dans plusieurs autres observations que nous ne publions pas pour ne pas donner à ce mémoire une trop grande longueur, nous avons relevé une diminution de volume analogue, et il nous semble que dans un grand nombre de cas de paralysie hystérique, sinon dans la majorité, il existe une amyotrophie qui peut rester, pour ainsi dire, en germe pendant toute la durée de l'affection.

Passons maintenant à l'examen des autres caractères de cette amyotrophie.

On ne constate pas de secousses fibrillaires dans les muscles atrophiés.

L'excitabilité idio-musculaire est normale.

La contractilité électrique est diminuée en proportion de l'atrophie musculaire, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence; nous avons recherché soigneusement, avec l'aide de M. Vigouroux, les différents caractères de cette réaction, le résultat a été, dans tous les cas, absolument négatif. Il s'agit donc là d'une atrophie simple au point de vue électrique. Cette donnée pourrait servir au diagnostic dans un cas où l'on serait dans le doute pour savoir s'il s'agit d'une amyotrophie hystérique ou bien d'une amyotrophie musculaire due soit à une lésion spinale, soit à une lésion des nerfs, et coïncidant avec l'hystérie.

L'amyotrophie hystérique envahit-elle en masse tous les muscles des membres paralysés ou se localise-t-elle particulièrement dans tel ou tel muscle, dans tel ou tel groupe musculaire? Si nous passons en revue nos observations en les examinant à ce point de vue, voici ce que nous constatons. Dans l'Observation I, tous les muscles du membre supérieur gauche paralysé depuis l'épaule jusqu'à la main paraissent atteints; le bras est plus atrophié que l'avant-bras; mais si on envisage en particulier chaque segment du membre, on ne note pas de prédominance dans une région quelconque. — Dans l'Observation II, tous les muscles du membre supérieur gauche paralysé sont atrophiés, mais à l'avant-bras il semble que les muscles épitrochléens sont plus affectés que les muscles épicondyliens. — Dans l'Observation III, il est dit, en ce qui concerne l'atrophie du membre supérieur gauche, qu'elle ne

semble pas porter particulièrement sur tel ou tel groupe musculaire. — Dans les autres observations, on ne relève pas de prédominance de l'amyotrophie dans quelque région en particulier. — Ces observations semblent donc montrer que l'atrophie dans un membre paralysé peut prédominer dans tel ou tel segment du membre, mais que dans chaque segment, cette atrophie semble envahir uniformément tous les groupes musculaires; ce n'est, en effet, que dans l'Observation II que l'on relève une prédominance de l'atrophie dans les muscles de la région épitrochléenne, et encore n'est-elle pas très accentuée. — Le facies de cette atrophie diffère donc essentiellement de celui de certaines atrophies musculaires, de l'atrophie Aran-Duchenne, par exemple, dans laquelle un muscle ou plusieurs muscles d'un membre peuvent avoir subi une notable diminution de volume, alors que les muscles voisins ont conservé leur relief normal.

L'évolution de l'amyotrophie hystérique présente des caractères dignes d'intérêt. — Le début de cette atrophie paraît être généralement rapide. Dans l'Observation I, quinze jours tout au plus après le début de la paralysie, elle était déjà appréciable, et un mois et demi après, elle était très accentuée, puisqu'il y avait trois centimètres de différence entre les périmètres des deux bras. — Dans l'Observation II comme dans la précédente, un mois et demi après le début de la paralysie, il y avait entre les bras et les avant-bras gauches et droits une différence de trois centimètres dans le périmètre. — Dans l'Observation III, le développement de l'amyotrophie est tout aussi rapide. — La rétrocession de l'atrophie semble

pouvoir être rapide comme son développement, et elle coïncide avec le retour des mouvements. Dans l'Observation I, dix jours après la disparition de la paralysie qui avait été brusque, la circonférence du bras avait déjà augmenté d'un centimètre, et un mois après le membre atteint avait recouvré presque son volume normal. — Dans l'Observation IV, un mois après le moment où la paralysie avait commencé à s'atténuer, la diminution de l'amyotrophie était déjà facile à constater. — Malgré la rapidité du développement de l'atrophie musculaire, celle-ci, comme nous l'avons dit plus haut, ne paraît pas dépasser certaines limites; ce fait tient sans doute à ce que les paralysies hystériques n'ont pas d'habitude une très grande durée, mais cette raison est insuffisante pour expliquer cette particularité. On peut voir, en effet, dans plusieurs de nos observations, l'atrophie rester stationnaire, alors même que la paralysie persiste, et n'a aucune tendance à rétrocéder. C'est ainsi que dans l'Observation III, depuis le mois de février jusqu'au mois de juillet, le membre inférieur gauche est resté complètement paralysé, et pourtant l'amyotrophie, pendant ces cinq mois, ne s'est pas du tout accentuée. — Dans l'Observation VI, où il s'agit d'une monoplégie brachiale droite absolue, l'atrophie musculaire, malgré la persistance de la paralysie, ne s'est pas exagérée depuis que le malade est entré à la Salpêtrière, et cela remonte à plus de quatre mois. — Ainsi donc, en ce qui concerne la marche de cette amyotrophie, voici ce qui nous semble la caractériser : lorsque, dans une paralysie hystérique, elle doit se développer, elle le fait rapidement, acquiert en peu de temps le maximum de son développement,

reste alors stationnaire, lors même que la paralysie persiste ; enfin, lorsque la motilité revient, elle rétrocède avec rapidité.

Est-il possible de prévoir, en présence d'une paralysie hystérique, s'il se développera oui ou non une amyotrophie? Nous ne connaissons pas de caractères qui permettent de résoudre cette question dès le début ; mais, d'après ce que nous venons de dire, on ne tarde pas à être fixé sur ce point.

Les observations que nous avons rapportées ont trait à des sujets adultes et, par conséquent, ce n'est qu'à eux que peut s'appliquer ce que nous venons de dire des caractères de l'amyotrophie hystérique. Et, en effet, si l'amyotrophie hystérique se développait chez un enfant, son évolution pourrait être différente à cause de l'âge du sujet. Il ne s'agit pas là, du reste, d'une simple vue de l'esprit ; M. Chauffard a publié une observation très intéressante de monoplégie hystérique, avec atrophie consécutive du membre, survenue chez un enfant de treize ans [1]. La monoplégie dura trois ans, puis disparut brusquement sous l'influence du massage. Or, trois ans après la guérison de la paralysie, l'atrophie musculaire était encore notable. En plus, et ce caractère fait absolument défaut dans nos observations, en raison des conditions d'âge du sujet, dit M. Chauffard, la monoplégie, survenant en pleine période de croissance du squelette, avait retenti jusque sur les os du membre paralysé, en produisant non pas une atrophie, le terme serait peu exact, mais un arrêt de développement.

[1] Société médicale des hôpitaux. Séance du 14 mai 1886. Voy. le numéro du 21 mai 1886 de la *Gazette hebdomadaire*.

Quelle est la nature de cette amyotrophie hystérique? Nous avons déjà dit plus haut qu'à l'examen électrique il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. Il s'agit donc d'une *atrophie simple*, c'est-à-dire d'une atrophie indépendante de toute lésion matérielle de la substance grise de la moelle et des nerfs périphériques.

C'est là une première donnée très importante, mais il faut aller plus loin et chercher à expliquer le mécanisme de cette lésion.

Il semblerait au premier abord assez naturel de l'attribuer à l'impotence fonctionnelle, mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on voit qu'une pareille interprétation serait erronée.

On sait, en effet, que l'amaigrissement des masses musculaires qui résulte de la suppression simple de la fonction des muscles est lente à se produire, qu'elle n'est jamais très accentuée et qu'elle peut manquer complètement même quand une paralysie dure depuis longtemps déjà. C'est ainsi que chez un malade, le nommé Porcen... atteint de monoplégie hystéro-traumatique (il s'agit d'un des deux malades sur lesquels M. Charcot s'est fondé pour établir cette variété de paralysie, et dont les observations ont été publiées dans le *Progrès médical de* 1885), les muscles du membre supérieur, quoique leurs fonctions aient été suspendues pendant une année entière, n'avaient pas subi la moindre atrophie. Or, chez les malades dont il est ici question, l'atrophie s'est développée très rapidement et a pris en peu de temps des proportions très accentuées. Ces caractères indiquent d'une façon bien évidente que cette diminution dans le volume des

muscles appartient à la catégorie des phénomènes dits trophiques.

Une pareille assertion peut pourtant paraître étrange; car est-il possible de comparer l'atrophie dont nous nous occupons ici avec l'amyotrophie qui résulte d'une lésion organique des cornes antérieures de la moelle ou des nerfs moteurs, et qui constitue le type de la lésion trophique?

Il est sans doute indispensable d'établir entre ces deux variétés d'atrophie, une distinction fondamentale. Mais il faut aussi bien remarquer que l'expression de « trouble trophique » n'implique pas fatalement l'idée d'une altération matérielle du système nerveux, appréciable à nos moyens d'investigation; elle signifie simplement que l'action incontestable exercée par ce système sur la nutrition des tissus est modifiée ou supprimée ; or, cette modification ou cette suppression peut être purement dynamique, et c'est évidemment à un phénomène de cet ordre que nous avons affaire ici.

On connaît déjà, du reste, des atrophies comparables à ces atrophies hystériques.

Les amyotrophies qui sont consécutives aux affections articulaires sont aujourd'hui considérées par la généralité des médecins, conformément à l'opinion que MM. Charcot et Vulpian soutiennent depuis longtemps, comme reconnaissant une origine réflexe et résultant d'une modification dans l'état des cellules des cornes antérieures de la moelle; il est vrai que ce n'est encore là qu'une hypothèse, car on ne saurait guère fournir une démonstration absolument rigoureuse de cette manière de voir ; mais elle s'appuie sur de très grandes probabilités. Or, il s'agit là d'une

altération purement dynamique du système nerveux ; les centres gris de la moelle et les nerfs périphériques sont normaux, l'atrophie musculaire est, comme dans l'hystérie, une atrophie simple.

On peut encore rapprocher l'atrophie hystérique d'une variété d'atrophie que j'ai récemment signalée et qui s'appuie sur un fait observé à la Salpêtrière. Il s'agit d'une amyotrophie développée du côté paralysé, dans une hémiplégie de cause cérébrale, suivie de dégénération descendante, et qui était indépendante de toute lésion des cornes antérieures de la moelle et des nerfs moteurs[1].

Dans ce cas, il ne peut même plus y avoir de contestation au sujet de l'origine de l'atrophie musculaire, comme dans l'amyotrophie articulaire ; il est certain qu'elle dépend du système nerveux central; or, puisque les cornes antérieures de la moelle constituent le centre trophique des muscles et qu'elles ne sont pas altérées organiquement, il faut bien admettre qu'elles le sont dynamiquement. La seule différence entre cette variété d'atrophie et l'atrophie hystérique est que, dans le premier cas la modification dynamique des cornes antérieures est consécutive à une altération organique du cerveau et du faisceau pyramidal, tandis que, dans le second cas, les modifications du système nerveux sont toutes dynamiques.

Du reste nous n'attachons qu'une médiocre importance aux hypothèses que l'on peut soulever au sujet de cette amyotrophie. Nous avons tenu surtout à éta-

[1] Société de Biologie. Séance du 20 février 1886. Depuis la publication de ce fait, j'ai eu l'occasion d'en observer deux autres semblables qui sont encore inédits.

blir, au moyen de ces observations, que l'atrophie musculaire peut relever directement, contrairement à l'opinion régnante, de l'hystérie et nous avons cherché à montrer quels sont ses caractères. — Si on en juge par le nombre des observations que nous avons recueillies dans un laps de temps assez restreint, il semble même que cette amyotrophie doit être très fréquente. Nous croyons pourtant devoir, avant de terminer, répondre à une objection qui peut, à ce sujet, se présenter tout naturellement à l'esprit du lecteur.

N'est-il pas étrange, en effet, qu'un phénomène aussi facile à observer ait jusqu'à présent passé complètement inaperçu, pour ainsi dire, car s'il a été noté dans quelques cas, il a été relégué à un plan tout à fait secondaire et n'a pas été mis en lumière comme il semble cependant le mériter. Ne pourrait-on pas supposer qu'il est exceptionnel, et la présence simultanée à la Salpêtrière de plusieurs malades atteints de cette atrophie ne pourrait-elle pas être mise exclusivement sur le compte du hasard? Nous ne croyons pas que ce soit là qu'il faille chercher la cause du silence que les auteurs ont gardé à son sujet. Et, tout d'abord il faut remarquer que ce que nous disons là au sujet de l'atrophie hystérique s'appliquerait tout aussi bien à tous les faits que l'on peut observer en médecine et dans les autres sciences. La première fois qu'on a l'attention dirigée de leur côté et que l'on constate leur existence, on se croit en présence d'anomalies, alors qu'ils sont absolument vulgaires. Mais cette modification qui s'opère tout d'un coup dans l'esprit et en vertu duquel un phénomène qui avait échappé jusque

là à l'observation vient à être perçu, tient vraisemblablement, entre autres causes, à ce que les conditions dans lesquelles se trouve l'esprit de l'observateur ont été préalablement modifiées, et qu'il devient ainsi apte à voir ce qui était pour lui autrefois obscur. En ce qui concerne particulièrement l'hystérie et ses diverses manifestations, nous nous trouvons, depuis quelques années, dans des conditions beaucoup plus favorables qu'auparavant pour constater leur existence et apprécier leur signification, et pour en revenir à l'atrophie hystérique, rappelons les motifs invoqués plus haut pour établir sa réalité, et voyons en nous reportant quelques années en arrière, s'il eût été possible à ce moment de se servir d'arguments semblables. Les hommes auxquels nous avons eu affaire sont des hystériques : voilà un premier point qu'il a été facile de démontrer, et cette constatation n'a même pas coûté le moindre effort. Nous savons, en effet, péremptoirement aujourd'hui, depuis les travaux de M. Charcot[1], que l'hystérie est fréquente chez l'homme.

Or, que disait-on autrefois à ce sujet ? L'hystérie, disait-on, est l'apanage presque exclusif de la femme; chez l'homme elle est exceptionnelle et l'hystérie mâle est absolument négligeable. Le sexe de nos malades aurait donc été déjà une première objection fondamentale contre l'hypothèse d'hystérie, et qui aurait paru suffisante à beaucoup de médecins pour la rejeter. Mais admettons qu'un esprit plus clairvoyant, en se fondant sur la présence des stigmates hystériques, ait osé affirmer que ces malades, quoique mâles, étaient bien des hystériques, et poursuivons notre parallèle.

[1] Voyez aussi Bourneville. — *Comptes rendus de Bicêtre*, 1880-1885.

malade, elle donna une fois environ deux cuvettes de sang. Le malade s'affaiblit tellement qu'il ne pouvait lui-même faire un pas dans la chambre. Mais bientôt, grâce au séjour de la campagne les forces commencèrent peu à peu à revenir. A peu près à cette époque, Morozoff eut une gonorrhée et une plaie à la verge; la gonorrhée dura assez longtemps, environ cinq mois, par suite de l'absence de toute médication; elle disparut enfin laissant après elle un rétrécissement de l'urèthre; mais la plaie se ferma, après l'application de compresses d'eau de Goulard, en laissant une cicatrice. Depuis lors, le malade jouit d'une bonne santé, quoiqu'il souffrait de temps en temps de légères hémorragies hémorroïdales. Le 28 mai 1884, sans la moindre cause apparente, sensible, les hémorragies du rectum recommencèrent au moment de la selle; et le malade ressentit de légères douleurs dans la région du mésogastre. Ces douleurs s'étendirent aux jambes et au pénis.

A la fin du mois d'août 1884, Morozoff commença d'éprouver un sentiment de lassitude, auquel se joignirent des douleurs aux jambes avec tranchées et tiraillements. Ces douleurs se montrèrent uniformément toutes les vingt-quatre heures, et avec une telle intensité que le malade eut recours aux spiritueux afin de retrouver un peu de sommeil. Cet état se prolongea jusqu'au 1er novembre. La veille de ce jour et pendant la nuit, le malade eut un peu de fièvre, les tiraillements aux jambes augmentèrent; mais cependant, sous l'influence de l'eau-de-vie, le malade s'endormit. Le lendemain matin, à son réveil, c'était le 2 novembre, Marozoff voulut se lever; ayant essayé de marcher il ne put se tenir debout et tomba.

Relevé par sa femme, il fit quelques pas en s'appuyant sur elle, et pendant ce temps, sa main gauche était si faible qu'il pouvait à peine la lever. Le jour suivant, les phénomènes de la paralysie augmentèrent de telle façon que le malade pouvait à peine tenir une soucoupe de la main droite. L'urine s'échappait avec peine et en même temps le malade était constipé. Tel était l'état du malade le 5 novembre, jour où il entra à la clinique thérapeutique.

Le malade a une taille au-dessus de l'ordinaire, il est bien constitué; son visage est pâle, d'une nuance légèrement jaunâtre; les membranes muqueuses sont pâles, la peau est pâle, sèche, surtout aux jambes et aux bras; le tissu cellulaire sous-cutané est atrophié; les muscles ne présentent pas des modifications atrophiques sensibles.

Le coin gauche de la bouche est légèrement baissé; la langue tremble, lorsqu'il la fait porter hors de la bouche; une conversation prolongée fatigue tellement le malade qu'il éprouve des accès d'étouffement en parlant. On ne remarque aucune éruption sur la poitrine, sur le ventre et sur le dos; sur le pénis près du frein, du côté

droit, se trouve une cicatrice atrophique, il n'y a sur les jambes ni plaies ni cicatrices. En examinant la poitrine, nous trouvons que la matité cardiaque est diminuée par suite d'une emphysème; en auscultant le deuxième interstice droit interosseux, et au-dessus du manubrium sterni, on entend un faible bruit diastolique. La rate a légèrement augmenté de volume. Dans les artères périphériques, au toucher on constate une remarquable arteriosclerose.

Le pouls est à 81 ; la respiration à 18-20; la température à 36.

Le malade est constipé et l'émission de l'urine est difficile. Le malade ne peut remuer la jambe gauche et le bras droit, tandis qu'il peut légèrement ramener vers lui la jambe droite et remuer un peu la plante des pieds. Il est en état de faire la flexion du membre supérieur droit.

Les membres supérieurs ainsi que les inférieurs sont tout à fait sans résistance.

Au toucher, les extrémités sont plus froides que la peau du tronc. Le malade, soulevé sur le lit, ne peut s'asseoir, et il éprouve une légère douleur dans la région lombaire. Quant aux fonctions des muscles du visage, du cou et des organes respiratoires, à l'exception d'un léger abaissement du coin gauche de la bouche, on ne peut signaler d'autres désordres. Quant à la sensibilité cutanée, on y constate l'analgésie universelle, excepté la peau de la tête et de la face où la sensibilité n'est pas troublée. Les autres espèces de sensibilité sur tout le corps sont intactes. L'excitabilité électrique des muscles, dans les premiers jours de séjour à la clinique, n'offre aucun changement; au contraire, la veille de la mort, elle a diminué, et une légère manifestation de réaction de dégénération est constatée.

Les réflexes de la peau et des tendons ont fortement diminué. Pas de désordres trophiques de la peau, pas de décubitus. La quantité de l'urine pendant vingt-sept heures était 500 c. c. de réaction acide; poids spécifique 1,017. Les premiers jours, l'urine contenait de l'albumine en petite quantité. En outre, on remarque encore une lésion vasculaire. La jambe droite se présente plus pâle que la gauche; et celle de la température au toucher est plus basse. L'exploration thermométrique des extrémités inférieures a montré:

Sur le pied de la jambe droite.	27° c.
— de la gauche.	29,8
Sur la cuisse droite sur une étendue de 22 centimètres, à partir de la rotule	30,2°
Sur la gauche	33,0
Sur le côté gauche	33,5
Sur le côté droit de la poitrine	34°

Chose remarquable : que le malade éprouvait des sensations subjectivement inverses au données thermométriques. Quant à la

température du corps pendant la maladie, elle a, d'abord normale, commencé à s'élever avec un léger frisson; le 8 novembre, elle atteint 38,5: la respiration donne 34, le pouls 124; il est faible et à peine sensible. La respiration est accélérée, superficielle, gênée par suite de la paralysie du diaphragme; la parole est indistincte avec une nuance nasale. La déglutition est difficile; une partie de la nourriture tombe dans la trachée provoquant de faibles accès de toux et faisant sortir un liquide par le nez. En auscultant les parties inférieures des deux poumons, sur un espace restreint, nous trouvons l'expiration bronchique et une matité obtenue par la percussion.

Le malade n'est pas en état d'expectorer. Le 9 novembre, la température s'est élevée à 39, la respiration à 36, le pouls a 140; il est à peine sensible.

La sécrétion de l'urine et de la selle est involontaire, la mort survient à la suite des phénomènes de la paralysie du cœur et de l'œdème des poumons. Le professeur Kryloff a pratiqué l'autopsie.

Autopsie. — Passons aux changements pathologo-anatomiques que nous montre l'autopsie de la moelle épinière et de ces membranes.

La dure-mère, au renflement lombaire, présente une tache oblongue d'un rouge foncé, formée par la membrane néoplasmatique tranchée par les vaisseaux (Pachym. extern.). La dure-mère est tendue par les adhérences compactes des côtés de l'épine dorsale; le même phénomène est à remarquer dans l'intumescence brachiale. L'arachnoïde est anémique à toute son étendue, et par places adhère à la dure-mère. Les vertèbres de la région lombaire du côté du canal vertébral dévoilent des taches d'un rouge foncé, et à cet endroit, le corps des vertèbres est tellement poreux que la pointe du scalpel peut être enfoncée sans efforts jusqu'à un centimètre, et davantage. La substance grise de la moelle dans la partie lombaire est d'une couleur rouge foncé, et les cornes antérieures sont bien conservées, tandis que celles de derrière sont à peine visibles. Dans la partie spinale de la moelle épinière la substance grise est d'une couleur jaunâtre et les cornes antérieures sont plus prononcées que celles de derrière.

5 centimètres plus haut que l'intumescence lombaire, la moelle épinière, sur l'étendue de 4 centimètres, présente un ramollissement blanc.

La cavité crânienne présente les adhérences totales de la dure-mère avec les os de voûte. La pie-mère est en état d'hyperémie stasique. Il est à rappeler que la moelle oblongue et le début de la moelle épinière sont plus solides. L'olive gauche est tout à fait aplatie. On trouve outre l'œdème, dans le poumon droit l'hépatisation rouge, dans le poumon gauche la splénisation de la partie inférieure. Le cœur n'offre aucun changement, tandis que, dans

l'aorte, on trouve la dégénération athéromateuse avec la dilatation dans la partie initiale. Les organes digestifs ne présentent aucune altération.

Exposons maintenant aux données fournies par l'*examen microscopique*. La moelle a été endurcie dans le liquide millérique, et ensuite dans l'alcool. Les préparats étaient colorés par le carmin et éclaircis dans l'huile de girofle.

Les altérations trouvées dans la moelle épinière, au moyen des recherches microscopiques, étaient surtout très accentuées dans la partie lombaire.

La première chose qui saute aux yeux à l'examen des préparats microscopiques, c'est la grosseur inégale des cornes antérieures de la substance grise. La corne antérieure gauche est plus petite que la droite; il y a moins d'éléments cellulaires à la corne gauche qu'à la droite et les cellules, dans l'une comme dans l'autre, se trouvent dans un état atrophique; mais cette altération est cependant plus sensible dans la corne gauche. Les cellules ont perdu leur forme arachnoïdienne ordinaire. Elles sont un peu arrondies, et plusieurs d'entre elles tout à fait privées de ramifications. De plus, on remarque encore dans les cellules, des granules de pigment, qui tantôt remplit toute la cellule de façon que le nucléole devient tout à fait invisible, et tantôt s'amasse dans un coin de la cellule écartant ainsi le nucléole.

Les cellules des cornes postérieures sont arrondies ou de forme triangulaire sans ramifications et contiennent aussi une grande quantité de pigment.

Les cornes postérieures elles-mêmes de la substance grise ont diminué de volume et sont plus minces que leur mesure normale; elles contiennent très peu d'éléments cellulaires et présentent un épaississement du tissu conjonctif. Les cylindres axes sont, à certains endroits, d'une épaisseur inégale, et cette épaisseur s'accentue en particulier dans les colonnes postérieures.

Le canal central est oblitéré et offre dans la circonférence un amas d'éléments cellulaires granuleux. Les parois vasculaires sont inégalement épaissies et cette altération est aussi fortement prononcée du côté gauche de la moelle épinière.

L'examen microscopique de la moelle épinière a été fait au laboratoire de professeur Kryloff, auquel je suis heureux d'exprimer ma cordiale reconnaissance.

En considérant les données de l'autopsie et les résultats des recherches microscopiques de la moelle épinière il est clair que nous avons devant nous deux processus pathologo-anatomiques de cet organe : l'un chronique, ayant pour cause la syphilis et développé sur le terrain syphilitique et de

l'alcoolisme; l'autre aigu et qui s'est terminé en neuf jours avec une rapidité foudroyante. La maladie chronique de la moelle épinière consistait dans une hyperémie stasique du canal dorsal entraînant après elle l'atrophie du tissu osseux dans les corps vertébraux. La dure-mère, sur la surface extérieure, est couverte d'excroissances unies à l'arachnoïde et aux corps vertébraux. Cette maladie chronique se traduisait pendant la vie du malade par une faiblesse assez considérable dans les jambes et par les élancements qu'il y ressentait. Mais le processus aigu, consistant dans une métamorphose dégénérative, des éléments cellulaires de la moelle épinière et qui s'est accompli en neuf jours avec un résultat si rapide, est une maladie postérieure démontrée par les désordres amyotrophiques observés seulement deux jours avant la mort. Bien que la maladie s'éloigne du caractère classique de la paralysie Landry, puisque des modifications chroniques de la moelle épinière ont été constatées, il n'en est pas moins vrai que le tableau clinique conclusif de la maladie qui a conduit Marozoff à une terminaison fatale rentre absolument dans le cadre de tous les cas connus sous le nom de paralysie ascendante aiguë, ou paralysie Landry.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

Fig. 1. — Coupe transversale de la moëlle. (Insumesc. brachialis.)
Fig. 2 — Coupe transversale de la moëlle (région lombaire).
Fig. 3. — Cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise en voie de dégénération pigmentaire.
Fig. 4. — Les vaisseaux et les cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise.
a, Corne gauche. — *b*, Corne droite.

MONOPLÉGIE HYSTÉRIQUE AVEC CONTRACTURE DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT DATANT DE SIX MOIS, GUÉRIE EN UNE DEMI-HEURE PAR LA SUGGESTION HYPNOTIQUE;

Par le Dr AUGUSTE VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

L'observation qui suit, bien que fort incomplète en raison des conditions très défectueuses dans lesquelles elle a été re-

cueillie, n'en est pas moins digne d'attention, car elle constitue un exemple très net de l'action thérapeutique toute puissante exercée dans certains cas par la suggestion hypnotique sur les accidents de l'hystérie, si graves et si invétérés qu'ils soient. Il n'est pas superflu d'ajouter, à l'usage des sceptiques, que les circonstances du fait et la qualité de la malade, paysanne ignorante qui n'a jamais quitté son village, excluent toute possibilité de simulation.

Le 13 décembre 1885, je me trouvais dans une petite localité de la côte méditerranéenne et après avoir terminé les affaires qui m'y amenaient il me restait une heure et demie à peu près avant le passage du train, quand on m'amena une femme des environs, paralysée depuis six mois du bras droit.

On m'apprit qu'elle était âgée de quarante ans et que depuis deux ans elle avait présenté à diverses reprises des crises nerveuses avec sensation de boule rétro-sternale, constriction de la gorge, et autres symptômes manifestement hystériques. C'est à la suite d'une de ces attaques survenue il y avait six mois qu'elle était restée paralysée du bras droit; quelques jours après une nouvelle attaque avait produit de la contracture de la main droite et cette contracture avait persisté depuis.

La malade, que je dus examiner très rapidement, semblait intelligente; sa mémoire ne laissait rien à désirer; sa parole très nette, n'avait jamais été troublée depuis le début des accidents.

Le membre supérieur droit était le siège d'une paralysie avec contracture rappelant tout à fait comme aspect les paralysies cérébrales de date ancienne. Le bras absolument inerte était incapable du moindre mouvement: l'avant-bras dans la demi-flexion le poignet et les doigts fortement fléchis; les ongles incrustés dans la paume de la main y avaient creusé des ulcérations qui exhalaient une fétidité repoussante; les articulations phalangiennes étaient tuméfiées et douloureuses. Les tentatives qu'on faisait pour obtenir l'extension des divers segments du membre ne servaient qu'à provoquer de vives douleurs et semblaient exagérer encore la contracture. La sensibilité était du reste conservée dans tous ses modes; il n'existait pas d'atrophie musculaire.

Les autres membres, le tronc et la face ne présentaient rien d'anormal; ni paralysie, ni anesthésie. Sauf l'impotence absolue du bras droit la malade était valide et paraissait bien portante. Cependant elle était depuis six mois atteinte d'une constipation opiniâtre et d'une rétention d'urine nécessitant l'emploi de la sonde.

En présence des caractères de cette monoplégie brachiale et des antécédents de la malade il me parut évident que j'avais affaire à

une paralysie hystérique, et bien que le temps me pressât je voulus essayer si la suggestion hypnotique n'en aurait pas raison.

Je me mis donc aussitôt en devoir d'endormir la malade par la fixation des yeux, et j'y réussis au bout de vingt minutes environ; je produisis un sommeil complet, avec analgésie et flaccidité absolue des quatre membres. Je lui enjoins alors, d'une voix forte, d'étendre le petit doigt de sa main droite; elle le fait avec beaucoup de difficulté et en manifestant de la douleur; ce premier résultat obtenu je lui enjoins d'étendre l'annulaire; elle le fait; puis le médium, mais ici la difficulté et la douleur semblent beaucoup plus grandes; la suggestion doit être très énergique, les deux autres doigts sont aisément étendus. La main est alors dans une extension à peu près complète, bien qu'évidemment gênée par le gonflement des jointures, mais la malade peut mouvoir ses cinq doigts avec une facilité rapidement croissante et toute trace de contracture a disparu. Les ongles d'une longueur demesurée sont noirs et sales, la paume de la main est exulcérée et sanieuse, en raison de la pression prolongée qu'elle a subie et de la macération épidermique.

Le bras et l'avant-bras étaient toujours immobiles; j'ordonne à la malade de les mouvoir, en lui assurant qu'elle peut le faire; elle y réussit d'abord avec peine, puis plus aisément, et bientôt le bras droit se meut aussi librement que le gauche.

Avant de la réveiller, je lui suggère d'aller se laver la main et de se faire couper les ongles. Elle est retournée seule chez elle après ce lavage.

Au mois d'avril dernier, c'est-à-dire quatre mois après cette guérison, qui parut miraculeuse aux assistants, j'ai eu des nouvelles de la malade et j'ai su que depuis mon intervention elle s'était servie librement de ses deux mains pour les soins du ménage et les travaux des champs. Mais détail à noter, la rétention d'urine dont je n'avais pas eu le temps de m'occuper, continuait. Je suis convaincu qu'elle aurait cédé tout comme la monoplégie si j'en avais suggéré la disparition.

FAIT POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES LOCALISATIONS FONCTIONNELLES DU CERVEAU;

Par M.-E.-A. HOMÈN,

Professeur agrégé d'anatomie pathologique à l'Université de Helsingfors.

Comme le nombre des différentes lésions corticales bien limitées, est encore assez restreint, le cas suivant ayant pour

cause probable une altération de cette espèce, aura peut-être quelque intérêt, d'autant plus que la cause en est un peu singulière.

Grant... étudiant en médecine à l'Université d'Helsingfors. Né en 1855. Le père, mort à soixante-quatorze ans d'une hémorrhagie cérébrale, avait toujours été bien portant sauf qu'il souffrit de vertiges pendant les dernières années de sa vie. La mère vit encore et est bien portante; elle a soixante-dix ans. Une tante maternelle a été aliénée. G... croit que les grands parents qui sont arrivés à un âge assez avancé ont joui d'une santé parfaite.

Excepté quelques maladies d'enfance, G... a joui en général d'une bonne santé. Il n'a jamais eu de rhumatismes articulaires ni de battements de cœur. Il a une constitution ordinaire, le teint un peu pâle.

Vers la fin d'une excursion de quelques jours, faite en bateau à voiles (de Helsingfors à Reval, aller et retour), le 20 septembre 1883, il a eu un assez grave mal de mer pendant quatre ou cinq heures, avec des vomissements très violents qui ont duré encore le lendemain, bien qu'à un degré moindre. Les trois premiers jours qui suivirent le débarquement, il fut forcé de garder le lit à cause d'un violent mal de tête, qui augmentait à chaque mouvement qu'il faisait. Ce mal lui semblait un peu plus localisé dans le côté gauche de la tête; outre cela, il ressentait une certaine rigidité et une douleur dans la musculature de la nuque. Les premiers jours, le malade a senti un certain trouble dans la parole. Certains mots et certaines syllabes lui étaient difficiles et même impossibles à prononcer; ils étaient comme perdus pour lui, de sorte qu'il était arrêté net en parlant, ne pouvant articuler le mot quoiqu'il l'eût sur les lèvres. Ce trouble de la parole a duré pendant des mois. — Aucune élévation de la température n'a été observée. La force dynamométrique de la main droite a été constatée un peu affaiblie le 26 septembre. Alors le malade a observé que, lorsqu'il voulait écrire, des secousses involontaires et très prononcées se produisaient immédiatement dans les doigts qui tenaient la plume et l'empêchaient d'écrire. — Environ dix ou quinze jours plus tard, il lui était déjà impossible de bien prendre et de bien tenir la plume; mais en écrivant, il survenait très vite, quelquefois même immédiatement, des secousses surtout dans l'index; il lui était pourtant possible par la volonté de modérer un peu ces secousses. Quant à la main gauche, le malade n'a observé rien d'anormal.

Le mal de tête a, peu à peu, disparu dans l'espace de quelques semaines et G... a repris ses occupations ordinaires, les études médicales, pourtant avec beaucoup de prudence, car il a observé

que tout travail intellectuel le fatiguait très vite; ainsi, il était pour lui difficile de fixer sa pensée longtemps et, après une conversation un peu animée, il se sentait fatigué; il a aussi observé une certaine irritabilité du caractère. Les camarades de G... l'ont trouvé aussi un peu irritable et déprimé; mais il est à observer qu'il s'est lui-même beaucoup inquiété de sa santé et de son avenir.

Le 17 décembre 1883, G... vient pour me consulter. Il éprouve alors encore presque la même fatigue pour tout travail intellectuel. L'embarras de la parole a diminué. Cet embarras consiste en ceci que le malade ne peut pas, surtout quand il parle vite, prononcer certains mots et certaines syllabes bien qu'il les sache très-bien; de sorte qu'il est tout d'un coup arrêté dans sa conversation, essayant en vain de les prononcer. En lisant à haute voix et vite, il lui arrive quelquefois aussi, qu'il ne peut pas articuler certains mots ou syllabes. Mais lorsqu'il s'arrête pour un moment dans sa lecture ou dans sa conversation, et puis recommence à lire ou à parler très lentement et avec attention, il réussit parfois à prononcer les mêmes mots. Aucune déviation de la face, de la langue ni de la luette. Aucun trouble dans les mouvements de la langue et des lèvres, il peut bien souffler et siffler. Les pupilles réagissent normalement. Aucun trouble de la vision, de l'ouïe, de l'odorat ou du goût; conservation parfaite de l'intelligence, de la vision et de l'ouïe. — Le trouble dans l'écriture a diminué un peu, de telle sorte que le plus souvent, il peut écrire pendant une minute ou même pendant quelques minutes avant que les secousses s'établissent, ceci dépendant pourtant beaucoup de la force avec laquelle il prend la plume, de la tranquillité de son esprit, etc. Cet embarras de l'écriture consiste en ceci : que les doigts qui tiennent la plume, surtout à leurs dernières phalanges, se dressent et fléchissent involontairement avec une certaine rapidité et presque avec un certain rhythme. Cette rapidité des secousses est pourtant un peu variable; elles peuvent monter jusqu'à 100 et beaucoup plus, par minute, s'il continue à tenir la plume. A l'examen des différents doigts, quand il tient la plume, l'index semble être le plus exposé et le troisième doigt le moins exposé à ces secousses. — Ces secousses surviennent aussi à tout autre mouvement des doigts pour prendre ou tenir quelque chose pendant un peu de temps. S'il tient un verre d'eau assez légèrement, les secousses ne se produisent pas, au moins pas vite, mais s'il le serre un peu, elles surviennent. D'ailleurs, les mouvements des doigts sont libres. S'il applique ses deux mains, l'une contre l'autre, les doigts opposés l'un à l'autre, et qu'il essaie d'éloigner chaque doigt l'un de l'autre, les doigts de la main gauche peuvent faire un mouvement un peu plus prononcé que ceux de la droite. A un examen soigneux de la main

et du bras, examen consistant en mouvements et en exercices les plus différents, rien d'anormal à observer. Du côté gauche, les doigts ainsi que la main et le bras fonctionnent normalement. La force dynamométrique de la main droite est un peu plus faible que celle de la main gauche. — G... dit qu'il lui est arrivé quelquefois de remarquer un léger sentiment anormal, pas bien localisé, uni à un sentiment de fatigue dans le bras droit, qui a pu durer quelques heures pour disparaître ensuite spontanément. A l'examen des différentes qualités de la sensibilité du bras, de la main et des doigts, rien d'anormal à constater, pas d'altération du sens musculaire; un examen électrique des différents muscles et nerfs a donné aussi un résultat négatif. Des organes internes, rien à remarquer. Le pouls régulier à 70. Le cœur a le volume normal, sans bruit de souffle. Pas de battements de cœur.

Diagnostiquant, comme vraisemblable, pourtant sous toute réserve, une légère altération dans l'écorce, et principalement localisée dans certaines parties de la zone psychomotrice gauche, j'ai seulement, comme essai, proposé une galvanisation à courants assez faibles de la zone motrice gauche, en appliquant le pôle positif sur cette place. La galvanisation a été continuée jusqu'au 27 janvier 1884; pendant ce temps, le trouble de l'écriture a beaucoup diminué, de sorte que G... maintenant, surtout quand il est assez tranquille, peut écrire assez longtemps avant que les secousses surviennent, le sentiment anormal dans le bras droit est devenu aussi très rare. Le trouble de la parole a presque disparu. Pourtant l'amélioration ne s'est pas faite d'une manière évidemment plus rapide qu'avant la galvanisation.

G... dit qu'il a remarqué quelquefois, surtout quand il a veillé ou travaillé plus que d'habitude, un sentiment anormal, ressemblant à une lourdeur dans l'arrière-tête.

28 *mars* 1884. — G... a poursuivi ses études comme d'ordinaire, pourtant avec une certaine prudence; et en général, il a observé une vie très régulière. La fatigue pour le travail intellectuel, l'irritabilité et la dépression du caractère, ont presque disparu; de même le sentiment anormal dans le bras droit. — Quant à l'écriture, G... peut souvent écrire presqu'aussi longtemps qu'il veut sans que les secousses surviennent, tandis que, quelquefois, elles se produisent très vite, mais sont beaucoup plus faibles qu'auparavant. — La force dynamométrique des deux mains, est presque la même.

1er *octobre* 1884. — Encore un peu, même embarras de l'écriture, et aussi, bien que très rarement, même embarras de la parole, quand G... est un peu irrité et parle vite.

15 *janvier* 1886. — G... dit que son intelligence, sa mémoire, sa faculté de travailler et son caractère sont absolument intacts, comme avant l'attaque. Il dit pourtant qu'il a eu encore quelque-

fois des secousses, bien que minimes, dans les doigts; secousses qui pourtant ne l'ont pas absolument empêché d'écrire, mais ont troublé son écriture. — Pour la parole, il n'a plus rien observé.
Le printemps dernier, G... a passé son examen pour le doctorat en médecine, avec succès.)

Ce qui, dans ce cas, a un certain intérêt, c'est que, après disparition des symptômes ordinaires d'un assez grave mal de mer, vomissements et maux de tête, il reste encore quelques symptômes qui semblent indiquer une légère altération bien limitée de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire le trouble peu marqué de la parole et les secousses des doigts de la main droite à chaque mouvement où ceux-ci sont employés pour tenir quelque chose. Mais ce qui doit être ici tout spécialement relevé, c'est que ces troubles moteurs sont absolument limités aux doigts de la main droite, sans participation d'aucune autre partie du corps, et sans aucune altération de la sensibilité dans les doigts mêmes. Il faut rattacher probablement ces troubles à une légère altération d'une partie bien circonscrite de la zone psychomotrice gauche, ainsi que l'aphasie, à une altération de la circonvolution de Broca; altérations provoquées sans doute par certains troubles de la circulation dans l'artère sylvienne gauche ou dans quelques-unes de ses branches. Ces troubles, difficiles à préciser, pourraient être produits par les graves efforts de vomissements faits pendant le mal de mer. — Ce diagnostic est naturellement donné sous toute réserve. — La rigidité et la douleur dans la nuque sont sans doute rhumatismales.

Quant à la légère aphasie motrice et aux secousses des doigts, qui, peu à peu, ont disparu, il semble y avoir une certaine parenté entre ce cas-ci et le cas de M. Charcot de cécité verbale et hémianopsie droite [1] survenue après une vive émotion, où, au commencement, il y avait une légère aphasie ainsi qu'une paralysie du côté droit; avec cette distinction que la place de la lésion était en partie différente et plus étendue dans le cas de M. Charcot.

Quant à l'affaiblissement de l'énergie intellectuelle, qui était bien prononcé, surtout les premiers temps après l'accès, il peut être rattaché à la lésion locale (supposée), conformément à une règle à peu près générale qu'un pareil affaiblissement se trouve

[1] *Progrès médical*, 1883, n° 23, etc.

presque toujours à un certain degré, lorsqu'une lésion, même circonscrite, s'est développée sur un point quelconque des hémisphères cérébraux, et qu'il se produit, à plus forte raison, et pour ainsi dire à coup sûr, quand la lésion intéresse les lésions où siège l'appareil du langage [1].

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XIV. CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES SCLÉROSES SYSTÉMATIQUES COMBINÉES DE LA MOELLE ; par le privat-docent ERLITZKY et le docteur RIBALKINE. (*Westnik*) (*le Messager de psychiatrie*, de M. le professeur Mierzejewsky, 1885, t. I.)

Les points à relever dans l'observation de ces auteurs sont les suivants, à l'examen microscopique.

Dégénérescence des faisceaux pyramidaux croisés dans toute la hauteur de la moelle. Intégrité des faisceaux cérébelleux et des cordons latéraux limitant le faisceau pyramidal. Absence complète de toute altération des cordons de Türk. Sclérose des cordons postérieurs et de la substance grise des cornes postérieures envahissant une partie de la colonne vésiculaire de Clarke. Epaississement de la pie-mère des cordons postérieurs.

D'après ces auteurs la sclérose pyramidale serait indépendante de la sclérose postérieure et la lésion de la substance grise serait due à la sclérose des faisceaux et cornes postérieures.

Dans le tableau clinique nous trouvons à signaler la conservation complète de la sensibilité et avec une dégénérescence presque complète des cordons et faisceaux postérieurs et la perte du sens musculaire avec la conservation de la sensibilité cutanée. N. SKWORTZOFF.

[1] Voir Charcot, *l. c.*

XVI. De la pression cérébrale et de la compression du cerveau, par A. Adamkiewicz (*Wiener Klinik*, cah. VIII et IX, août, sept. 1884).

Leçons du professeur de Cracovie, résumant ses communications sur le même sujet à l'académie de Vienne. D'après ses expériences, il n'y a pas de transmissions de pression à travers l'ensemble des centres nerveux par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien. Exerce-t-on une compression en un point de l'encéphale, il se produit de proche en proche des phénomènes inflammatoires qui aboutissent à une hyperplasie d'abord des couches nerveuses, immédiatement soumises à l'agent compressif, puis de l'ensemble des régions en continuité avec elles, si bien que dès que la limite de compressibilité de la substance est dépassée, on voit successivement survenir de l'épilepsie jacksonnienne du côté opposé, de l'hémiplégie vraie, également croisée, de la paraplégie: à ce moment, les muscles paralysés sont tendus, on constate de l'exagération des réflexes tendineux, de l'épilepsie spinale, des tremblements spontanés. Même alors, tout peut rentrer dansl'ordre, si la compression cesse; si au contraire, elle persiste, la masse du cerveau tout entier se détruit, mais à aucun degré on n'observe de papille étranglée. Jamais, par conséquent, la tension n'augmente à l'intérieur des cavités intra-crâniennes, le liquide céphalo-rachidien n'exsude du sang que dans les limites exactes de l'espace laissé libre entre le cerveau et le crâne; dès que la tension augmente dans les vaisseaux intra-crâniens, le liquide céphalo-rachidien rentre dans les vaisseaux lymphatiques par l'intermédiaire de la cavité arachnoïdienne. P. K.

XVII. Un cas de convulsions réflexes statiques; par A. Erlenmeyer. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

Les convulsions réflexes statiques sont celles qui surviennent à l'occasion des mouvements de locomotion du corps; c'est pourquoi elles sont généralement limitées aux muscles des extrémités inférieures bien qu'elles puissent englober les muscles du tronc nécessaires à certains actes d'ensemble. Bien différentes sont-elles des convulsions professionnelles coordonnées qui se manifestent, à propos d'actes spéciaux n'ayant rien à voir avec les mouvements de déplacement total, sur des muscles surmenés desquels part l'irritation. La convulsion statique part dès l'abord du centre; tantôt tonique, tantôt clonique, elle se localise à un groupe musculaire nécessaire pour exécuter un ensemble donné, ou s'étend à plusieurs groupes musculaires antagonistes, voire d'un domaine étendu. Les formes pures de convulsions statiques sont relativement rares. L'exemple détaillé par l'auteur concerne un homme

jeune (vingt-huit ans), qui à la suite d'excès de travaux intellectuels, est pris de troubles circulatoires encéphaliques (insomnie, excitation générale, syncope, dysurie, sensibilité extrême des nerfs optiques et auditifs, inégalité pupillaire, accélération du cœur, dépression psychique); puis se montrent les accès caractérisés par une flexion forcée, impérieuse, du corps entier sur les articulations des genoux, flexion forcée immédiatement suivie de projection de l'individu qui exécute ainsi deux, trois, quatre sauts uniformes, sans douleur aucune. Le développement de la maladie, ses particularités, sont à lire dans le mémoire, ainsi que l'examen objectif du patient et la pathogénie. M. Erlenmeyer prononce le mot de faiblesse irritable d'abord cérébrale, puis spinale. La guérison eut lieu par la suppression des fatigues intellectuelles, des faux-cols trop étroits, par l'administration de K. Br., bains de siège à 16° et 18° R., par la galvanisation descendante de la moelle lombaire, l'ingestion d'opium et l'extension forcée du genou gauche par lequel avait débuté la convulsion (rétraction des tendons des triceps, semitendineux et semimembraneux). P. Kéraval.

XVIII. Contribution a la connaissance des fonctions du corps calleux avec un apport de faits ; par C. Reinhard. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

A la suite d'une revue critique portant sur la bibliographie, l'auteur détaille une observation de *tumeur* du corps calleux chez un homme de soixante-cinq ans. On constate progressivement, céphalalgies, lassitudes, élancements dans les jambes, affection rhumatismale avec troubles mentaux, diminution de l'acuité auditive bi-latérale, légère parésie du pli naso-labial et de la joue gauche avec légère plaque d'atrophie grise brunâtre, tremblement modéré des mains à l'occasion des mouvements intentionnels, oscillations pendant la station debout, signe de Romberg, impossibilité de localiser les piqûres, les pincements, les compressions, perte de la notion de temps et de lieu, absence de discernement, de jugement, de mémoire, démence rapidement croissante, impossibilité de marcher sans tomber et de se tenir debout dès qu'il diminue sa base de sustentation ; gâtisme. Le malade finit par s'aliter, perte des réflexes, analgésie. Pendant les deux derniers jours, convulsions cloniques de la face et des extrémités du côté droit avec perte de connaissance et fièvre, coma, envahissement du côté gauche par les convulsions. Mort après trois semaines de maladie avérée. *L'autopsie* révèle une gêne de la circulation en retour dans l'encéphale; les hémisphères, infiltrés de sérosité sont parsemés de fines hémorrha-

gies punctiformes. La plus grande partie du corps calleux est transformé, dans ses trois quarts postérieurs, en une masse gris rougeâtre molle qui pénètre à peine çà et là de quelques millimètres dans la substance blanche du cerveau ; le bourrelet de l'organe est indemne, de même que toute la partie antérieure à un plan perpendiculaire passant par la commissure antérieure du cerveau. Le tissu malade est du gliosarcome (sarcome granuleux de Virchow). La cloison transparente et la voûte à trois piliers tendaient, comme le reste du corps calleux, à être envahies par le néoplasme (points ramollis). Intégrité de la circonvolution de l'ourlet, des corps optostriés, des commissures, des tubercules quadrijumeaux, des cornes d'Ammon, des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du bulbe, des circonvolutions, etc. De l'analyse de ce fait, M. Reinhard tire que : 1° le trouble de l'équilibre (sans vertiges) et le tremblement dans les mouvements synergiques se rattachent très probablement à la destruction du corps calleux ; 2° peut-être la même lésion est-elle responsable des phénomènes relatifs à la personnalité et à la vie mentale; 3° il n'y avait dans l'espèce ni ataxie, ni troubles proprement dits de la motilité (paralysie), de la sensibilité spéciale et générale, des fonctions trophiques, sécrétoires, vasomotrices. P. K.

XIX. Sur la complication de la paralysie faciale périphérique par le zona de la face; par A. Eulenburg. — Contribution a la pathogénie des paralysies faciales périphériques a l'occasion du zona complicateur ; par E. Remak. (*Centralbl., f. Nervenheilk.*, 1885.)

Observation originale. — Paralysie faciale gauche s'étant graduellement développée à la suite de six à sept jours de douleurs auriculaires (courant d'air?) ; simultanément apparaît un herpès qui, parti du trou stylo-mastoïdien du même côté, descend dans la région latérale du cou, le long des vertèbres cervicales et dorsales, sans dépasser la ligne médiane (rougeur et douleurs accoutumées). Points douloureux à la pression dans le domaine du trijumeau (sus-orbitaire); douleurs suivant le trajet du facial, du sympathique cervical, au niveau des apophyses épineuses et transverses, en particulier des troisième et cinquième cervicales : intégrité de l'excitabilité électrique. Au demeurant, forme légère évolution bénigne. Cette complication extrêmement rare d'un herpès zoster facio-cervical révèle une étiologie commune au zona et à la paralysie; il y a eu dans l'espèce inflammation de fibres nerveuses, trophiques, que le tronc du facial pourrait bien contenir sur une certaine étendue. — Remak innocente le facial, quant à l'herpès zoster, dans le fait qu'il a observé et qu'a publié E. Voigt (*Sanct-Petersburg. Med. Wochenschr.*, n° 45, 1884); car,

dans l'espèce, le zona occipito-collaire atteignait le bord antérieur du trapèze et remontait à la partie supérieure de la nuque jusqu'au cuir chevelu, l'analgésie cutanée était trop profonde, et la topographie, de même que l'intensité des phénomènes paralytiques localisaient la névrite à ce segment du facial compris à l'intérieur du canal de Fallope, entre le ganglion géniculé et l'origine du rameau destiné au muscle de l'étrier. Mais il est certain qu'une affection du tronc du facial même est capable d'engendrer un zona. En voici un court exemple. Après huit jours de douleurs dans l'oreille droite, s'installe une paralysie périphérique complète, du même côté; en même temps se montre un zona des deux tiers antérieurs du bord droit de la langue. La lésion, rhumatismale, gît, au-dessus du rameau de l'étrier (son muscle est temporairement paralysé) à l'intérieur du canal de Fallope; le zoster lingual remplace ici les altérations du goût (atteinte de la corde du tympan.) P. K.

XX. Un cas de névrite multiloculaire avec athétose; par Lœwenfeld. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Le diagnostic est basé sur l'évolution de la maladie. Un homme jusque-là bien portant est pris de manifestations fébriles et en même temps d'affaiblissement des membres inférieurs; puis rapidement surviennent : une parésie des membres supérieurs, des troubles de la sensibilité dans les quatre extrémités, sur le tronc, à la face, troubles de la sensibilité subjectifs et objectifs qui suivent le territoire de nerfs déterminés et s'accompagnent bientôt d'atrophie musculaire : les nerfs dorso-lombaires sont eux-mêmes malades (douleurs en ceinture, sensibilité extrême à la pression de certaines apophyses épineuses et d'une partie des muscles de la nuque, troubles trophiques de la peau.) Intégrité de la vessie et du rectum, des facultés sexuelles, des pupilles; par conséquent, intégrité de la moelle. En fait de particularités remarquables, l'auteur insiste sur l'absence de douleurs proprement dites le long des troncs nerveux, les phénomènes fulgurants étant plutôt agréables que désagréables au malade, la persistance des perturbations subjectives du côté du trijumeau sans troubles objectifs, la parésie de l'oculomoteur externe gauche, l'absence de paralysie complète et de réaction dégénérative, l'ataxie des membres supérieurs quand on obstrue les yeux du patient. Enfin il attribue à des mouvements incoercibles des doigts des mains le diagnostic d'athétose primitive bilatérale périphérique, par excitation névritique ascendante des faisceaux pyramidaux. Ce diagnostic est vivement critiqué par E. Remak[1], à propos d'un

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XII, p. 219.

autre cas de névrite rapporté par lui dans le même recueil. (Voir cette analyse plus loin.) P. K.

XXI. UN SECOND CAS DE CO-ATTEINTE DES MUSCLES DE LA FACE DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE JUVÉNILE; par F. MOSSDORF. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Homme de trente-trois ans, indemne de toute tare héréditaire névro ou myopathique. Jeunesse surmenée dès l'âge de quatorze ans par des travaux physiques rigoureux et le port de lourds fardeaux. — A dix-huit ans, légère fatigue rachidienne; se sert moins utilement de ses bras, se redresse et soulève des poids difficilement; amaigrissement progressif, sans autres phénomènes. — A vingt-huit ans, grande peine à marcher; impossibilité de tenir solidement les objets, surtout avec la main gauche, souvent incapacité de se vêtir. Il ne s'est pas aperçu des troubles de la face. Allure : corps exagérément fléchi en arrière, ventre proéminent en avant, bras et épaules pendantes, il lance pour marcher les pieds en avant pour détacher les extrémités digitales qui pendent; les genoux sont tournés en dehors; la tête est droite, mais le menton s'applique vers le sternum. Le thorax, excessivement amaigri, révèle une saillie latérale exagérée des rebords costaux; l'abdomen paraît rétracté sur les côtés des muscles droits présentant une tension uniforme; atrophie irrégulièrement disséminée des muscles du tronc et des membres supérieurs ou inférieurs. Asymétrie faciale témoignant surtout de la même altération des muscles du côté droit : intégrité de la langue, du voile du palais, des organes de la déglutition. Il n'existe nulle part de réaction dégénérative. Malade en traitement. Le diagnostic émane de l'âge auquel apparurent les premiers symptômes, de la localisation de l'atrophie (voir le mémoire), de l'absence de convulsions fibrillaires et de réaction dégénérative. Il est vrai que les petits muscles des mains participent, dans une certaine mesure, à l'affection, que les extenseurs des mêmes extrémités commencent à être atteints, mais il faut tenir compte de la longue durée de la maladie et surtout de sa marche régulière, sans saccades, du tronc vers la périphérie. C'est une atrophie quasi-acquise par exagération de travaux physiques. Cette constatation, jointe à l'absence de tout trouble de la sensibilité et de l'excitabilité électrique (malgré l'atrophie extrême) permet d'exclure l'idée d'une névrite chronique multiloculaire et de songer à une myopathie; d'autre part, la parésie faciale émane de l'atrophie musculaire et non d'une lésion des noyaux des nerfs bulbaires, car elle est unilatérale, s'étend jusqu'au front et laisse intacts le palais et la langue. Néanmoins, la participation de la face ne permet pas de se prononcer sûrement sur la nature de la maladie. P. K.

XXII. Contribution a la théorie de l'ataxie spinale ; par W. Erb. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Toutes les fois qu'il y a ataxie de mouvements pour lesquels, à raison d'une longue habitude et d'un long exercice, tout contrôle sensoriel est de la part de l'individu qui les exécute absolument inutile ou impossible, notamment quand le malade est ataxique les yeux ouverts, la cause de l'ataxie doit être cherchée dans la partie des conducteurs moteurs qui unit l'organe de la volonté aux racines antérieures ; mais les fibres qui joignent directement, sans passer par les centres coordinateurs, l'écorce aux muscles ne paraissant pas atteintes dans l'ataxie, on est contraint de supposer qu'il existe des conducteurs centrifuges spéciaux qui veillent à la conductibilité coordinatrice (faisceaux coordinateurs). Quant à la théorie par trouble de la sensibilité, elle tombe devant les faits qui témoignent soit d'une perturbation de la sensibilité spinale sans ataxie, soit d'une *ataxie spinale marquée sans trouble de la sensibilité*. Voici, par exemple, un cas du second genre : ataxie spinale pure exclusive, si ce n'est, de temps à autre, douleurs légères et fugaces dans les mollets et diminution douteuse, tout à fait minime, du sens musculaire. L'ensemble symptomatique ne permet de songer ni à une lésion cérébrale, ni à une affection cérébelleuse, mais ce n'est pas un tabes commun ; absence de tous les symptômes initiaux classiques malgré trois ans de durée, absence d'alcoolisme, absence de syphilis. L'hypothèse d'une maladie de Friedreich survenue à un âge avancé est, pour les motifs exposés *suprà*, insoutenable, et la simulation doit être écartée à raison de la profession du malade (charpentier) et des détails intimes de son ataxie. Il est encore en traitement. P. K.

XXIII. Contribution a l'anatomie pathologique du tabes dorsal. *Communication provisoire*; par Ed. Krauss. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

L'auteur résume les propositions qui lui paraissent émaner de treize observations suivies avec le plus grand soin et analysées, au point de vue anatomo-pathologique, par les nouvelles méthodes de coloration. Ce sont les altérations vasculaires qui constituent généralement le corps du délit, mais il n'y a aucun motif de rejeter l'opinion d'après laquelle le tabes aurait pour substratum anatomique, un processus parenchymateux chronique (altération vasculaire secondaire ou, tout au moins, concomitante); l'opinion de Struempell (affection systématique combinée) est assez séduisante, car on trouve une lésion adéquate dans les deux cordons

postérieurs; la dégénérescence de chacun des districts des cordons postérieurs se succède assez régulièrement, et la pathogénie des symptômes cliniques en rapport avec eux présente un attrait légitime, mais il faudrait justifier physiologiquement l'existence de ces systèmes dans les cordons postérieurs. M. Krauss a constamment enregistré la diminution des fibres dans les colonnes de Clarke, mais il est fréquent d'en constater la parfaite intégrité. Pour juger de la localisation des symptômes du tabes à l'aide de faits précis et nouveaux, l'auteur rapporte deux faits. L'un d'eux concerne un cas de tabes typique sans ataxie; dégénérescence évidente des colonnes de Clarke ; altération modérée des cordons postérieurs; la substance grise ne présente pas plus de lésion que dans le tabes accompagné d'ataxie, elle n'est donc pas le foyer de l'ataxie. Dans la seconde observation, il s'agit d'un tabes traumatique avec conservation des réflexes patellaires des deux côtés; dégénérescence classique de la moelle lombaire et dorsale inférieure, (double raie entre le sillon médian postérieur et le bord interne de la corne postérieure); dégénérescence de la marge externe des colonnes de Clarke; dans la moelle dorsale supérieure, on rencontre une dégénérescence qui suit le sillon longitudinal postérieur, une atrophie partielle des fibres radiculaires au point où elles s'étalent dans la corne postérieure; la partie externe des cordons postérieurs, ou mieux la zone radiculaire moyenne peut être, par suite, atteinte sans que les réflexes patellaires disparaissent forcément; impossible de localiser les douleurs lancinantes et les troubles vésicaux. Tels sont les points principaux de ce travail. P. K.

XXIV. Des troubles nerveux observés a la suite de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone; par le Dr W. Hardine. *Westnik de psychiatrie*, de M. le professeur Mierzejewsky, 1885, t. I.)

Dans ce travail, l'auteur a réuni quarante cas (publiés par différents auteurs), d'empoisonnement par l'oxyde de carbone chez l'homme, en y ajoutant un certain nombre d'expériences personnelles faites sur des chiens. En comparant les résultats de ces expériences avec ce que l'on trouve chez l'homme on voit que :

I. Les phénomènes graves observés chez l'homme à la suite d'un empoisonnement unique et déjà souvent liés à une lésion organique sont très passagers chez le chien; les lésions organiques ne se montrent chez ce dernier qu'à la suite d'une série d'empoisonnements successifs.

II. Les lésions en foyer, très fréquentes chez l'homme, n'ont jamais été observées chez le chien qui présente, au contraire, habituellement une myélo-encéphalite généralisée. Pour M. Hardine,

cette différence n'est, du reste, qu'apparente. Deux ordres de phénomènes se rencontrent, en effet, chez l'homme dans cet empoisonnement : 1° Immédiatement après les premiers accès d'empoisonnements, on voit un affaiblissement de l'activité mentale (phychique); 2° Beaucoup plus tardivement apparaît le caractère inflammatoire de la lésion se manifestant cliniquement par la fièvre, les convulsions et le coma. A l'autopsie on trouve disséminés des foyers de ramollissement multiples.

Le processus organique produisant l'affaiblissement psychique pourrait d'après, l'auteur, être rapproché de la dégénérescence des cellules nerveuses observées chez les chiens sacrifiés avant l'apparition de symptômes graves, ou morts à la suite d'un empoisonnement unique accompagné d'une forte hémorrhagie.

Les symptômes tardifs aboutissant au ramollissement en foyer seraient identiques à l'inflammation généralisée des vaisseaux que l'on trouve chez les chiens soumis à un empoisonnement prolongé. Il est bon d'ajouter au point de vue de l'excitabilité électrique du cerveau, sous l'influence de l'oxyde de carbone que si l'empoisonnement se produit lentement (par un mélange d'air ne contenant que 1/2 p. 100 de Co) l'excitabilité de la couche corticale augmente d'abord; puis cela s'amoindrit pour aboutir à l'inertie. La couche blanche résiste plus longtemps de sorte qu'en l'excitant, on provoque des contractions musculaires alors même que l'excitation de la couche corticale reste silencieuse. Les nerfs hériphériques résistent encore d'avantage à l'action de l'oxyde de carbone. N. Skwortzoff.

XXV. Contribution a l'anatomie pathologique du système nerveux central, par Th. Rumpf. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2.)

I. *De la syphilis du cerveau et de la moelle.* — Un homme de trente et un ans, atteint un an auparavant, d'accidents infectants, est atteint brusquement d'hémiplégie droite, rebelle à tout traitement spécifique ou électrique. Six mois plus tard, il présente successivement de la paralysie spasmodique de la jambe gauche, une incontinence complète de l'urine et des matières, des douleurs en ceinture, de l'analgésie des extrémités inférieures, des accidents du décubitus. L'autopsie révèle un vieux foyer apoplectique occupant l'extrémité interne du corps strié gauche et descendant dans la capsule interne; le faisceau pyramidal du cordon latéral droit présente la dégénérescence secondaire classique. Au milieu de la moelle cervicale, juste à l'entrecroisement des pyramides, le cordon latéral gauche est dégénéré. Cette lésion, qui ne se rattache en rien à celle du cordon latéral droit, qui n'a rien à faire avec l'hémisphère cérébral droit indemne, augmente en étendue à

mesure qu'on descend vers la moelle dorsale et s'accompagne alors de l'altération des cordons de Goll et bientôt des faisceaux cunéiformes. Il y a donc eu, dans l'espèce, deux sortes de lésions presque contemporaines; un ramollissement cérébral et une myélite transverse ayant débuté par l'entrecroisement des pyramides. Ces deux espèces de lésions émanent d'altérations inflammatoires syphilitiques des vaisseaux en des régions distinctes. Du moins, c'est l'avis de M. Rumpf.

II. *Atrophie des circonvolutions ascendantes à la suite de paralysie infantile spinale.* — Examen du cerveau et de la moelle d'un individu de dix-huit ans, mort de phthisie pulmonaire, atteint depuis l'âge de trois ans d'une paralysie infantile à forme hémiplégique (légère atteinte du facial et de la troisième paire) occupant le côté droit. Les cellules de la corne antérieure droite présentent les altérations connues sur toute la hauteur de l'organe; intégrité des faisceaux blancs, quoique le cordon latéral droit paraisse atrophié au niveau de la partie supérieure de la moelle cervicale, des noyaux des nerfs moteurs de l'œil, du bulbe. Il existe une diminution de volume manifeste indubitable, de la capsule interne, du noyau lenticulaire, et des deux ascendantes du côté gauche, sans altérations microscopiques. Il est impossible de dire s'il y a eu arrêt de développement par cessation de fonction ou dégénérescence véritable (Rumpf). Figures à l'appui.

III. *Contribution à la pathologie cérébelleuse.* — Examen anatomique d'un chat de huit semaines ayant présenté une ataxie très prononcée, avec chute et projection en avant, absence de paralysie; intégrité de la vue et de l'ouïe; absence d'attaques épileptiformes; pas de vomissements, de fièvre, d'amaigrissement; rien du côté de la vessie et du rectum. On tue l'animal par narcose prolongée. Atrophie portant uniformément sur toutes les parties du vermis (voir les figures); parallèlement la base osseuse du crâne est le siège d'une hypertrophie indiscutable. P. K.

XXVI. CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TABES DORSAL ET AU TRAJET DES FIBRES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DE L'HOMME. *Communication provisoire;* par H. LISSAUER. (*Neurol. Centralbl.,* 1885.)

Méthode histochimique de Weigert. Disposition particulière d'une partie des fibres nerveuses fines contenues dans les racines postérieures. Ces fibres se réunissent au côté externe de chacun des troncs radiculaires, pour se disposer à entrer dans la moelle; les faisceaux ainsi produits, composés exclusivement de fibres extrêmement fines, après être sortis de la pie-mère, se détournent du tronc radiculaire principal en dehors en paraissant se

diriger vers le cordon latéral, mais bientôt, s'infléchissant verticalement, ils se *condensent en une couche propre située à la pointe de la corne postérieure, entre le cordon postérieur et le cordon latéral*; ils montent ainsi et pénètrent dans la substance gélatineuse et dans les régions profondes de la corne postérieure. Dès qu'ils ont adopté la direction longitudinale, on voit leurs fibres affecter une telle complexité, former un lacis si enchevêtré qu'il devient impossible d'en suivre le trajet individuel. Treize cas de tabes dorsal ont décelé l'atteinte constante de ces fibres fines sous forme d'une petite plaque intermédiaire aux cordons latéraux et postérieurs, qu'il s'agit d'une ataxie précoce ou déjà avancée. Néanmoins il est permis de dire que leur altération dépend du stade du tabes, et que la lésion y est d'autant moins avancée qu'on examine les couches les plus antérieures de la corne postérieure, ce qui montre que le processus marche, dans la corne postérieure, de la périphérie à la base de l'organe. P. K.

XXVII. Le professeur Adamkiewicz et le tabes dorsal; par Schultze. M. le professeur Schultze et ses critiques; par A. Adamkiewicz. — Remarques sur le thème précédent d'Adamkiewicz; par Schultze. (*Neurol. Centralblatt*, 1885.)

Adamkiewicz, dans un travail intitulé : *Die anatomischen Processe der Tabes dorsualis* (*Sitzungsbericht D. K. K. Acad. Wissensch. zu Wien;* t. XC), prétend constituer un type de tabes dû à une dégénérescence parenchymateuse atteignant primitivement la fibre nerveuse dont elle tuerait d'abord la myéline dans les faisceaux de Burdach. Il se sert dans ses recherches de la safranine [1] qui colore aussi nettement, mais en leur imprimant une teinte différente, les fibres nerveuses et les éléments conjonctifs. A côté de cela, il existerait un second type de tabes dans lequel l'altération primitive consisterait en la prolifération du tissu conjonctif, se développant le long des troncs artériels dans les cordons postérieurs (déchéance des fibres par compression ; absence de lacunes) [*V. Die Rückenmarks-Schwindsucht.* Vienne, 1885.] Sur ce sujet, critiques et réponses acerbes. P. K.

XXVIII. Contribution a l'étiologie et a la symptomatologie du tabes, par Voigt. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, 1885.)

Cent cas de tabes traités par l'auteur, en 1883 et 1884 comprenaient cinquante-neuf faits de syphilis secondaire ayant précédé l'ataxie locomotrice ; dans la plupart des observations en question, le tabes

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 288 et *Progrès médical* 1885.

avait directement suivi l'infection syphilitique; chez quarante des sujets contaminés on ne pouvait incriminer aucun autre élément tabétogène que le virus. Dans le tabes syphilitique, on a noté les symptômes initiaux suivants : hébétude, sensation de tension, de pression de douleur céphalique, état de mauvaise humeur, d'hypochondrie, de mélancolie, et paralysie d'un ou de plusieurs des muscles droits ou obliques de l'œil; ces symptômes, fréquents dans la série envisagée, ne s'observeraient jamais ou presque jamais chez les tabétiques non syphilitiques. L'auteur passe ensuite en revue les symptômes d'un tabes quelconque et leur fréquence, soit comme troubles du début, soit comme perturbations se montrant au cours de la maladie. Il en conclut que le tabes se compose de symptômes presque constants (catégorie la plus chargée) et de symptômes rares (le plus petit nombre). En dehors du tabes héréditaire de Friedreich, il est impossible d'établir d'autres types cliniques à moins d'utiliser à cet effet les symptômes rares. En effet, alors même que tel ou tel des symptômes rares paraît revêtir un autre caractère qui change un peu les allures du tabes (exemple : l'atrophie du nerf optique), on rencontre presque toujours simultanément certains symptômes cardinaux (douleurs lancinantes, absence de réflexe patellaire, diminution de la sensibilité à la douleur et ralentissement de la conductibilité à l'égard des impressions douloureuses). P. K.

XXIX. Tabes dorsal illusoire ; par P.-J. Kowalewsky. *(Centralbl. f. Nervenheilk*, 1885.)

Histoire d'un individu mystique (il s'agit d'un prêtre du schisme grec), chez lequel l'imagination a, de par son éducation, subi un développement exagéré. Après avoir vu son beau-frère, père de huit enfants, subir les premières atteintes d'une ataxie locomotrice à laquelle il succomba sous ses yeux, il éprouve tous les symptômes subjectifs de la maladie. On le soigne comme véritablement malade pendant vingt-trois jours ; il s'en va guéri. *Conclusions* : 1° Les symptômes (subjectifs) du tabes se sont, chez ce patient, montrés sous l'influence de l'idée qu'il allait être en proie à cette affection et de l'angoisse que cette perspective lui procurait. Tout en se rapprochant de la paraplégie chimérique, ce fait se rattache à la pathophobie ou anxiété pathologique. 2° On doit faire jouer un rôle prépondérant aux exercices mécaniques, tels que le travail à la terre, et à l'agriculture dans le traitement de maladies semblables à celle-ci, par exemple dans les conceptions irrésistibles, l'hypochondrie, la neurasthénie. Et il importe que ces exercices aient un sens déterminé, saisissable par le patient : ainsi la gymnastique de chambre n'est pour lui qu'un jeu ridicule. P. K.

XXX. Clinique et anatomie pathologique de la maladie de Thomsen. *Communication provisoire*; par W. Erb. (*Neurolog. Centralbl.*, 1885.)

Examen minutieux de deux frères de quatorze à quinze ans atteints de cette maladie. La diminution de l'énergie du mouvement volontaire est chez eux manifeste; elle contraste avec la charpente athlétique de leurs muscles; en dehors des accès de contractures et de roideur qui forment la maladie de Thomsen et qui se montrent dès qu'à la suite d'un long repos le patient veut se mouvoir, il existe pendant la marche, principalement quand l'exercice a obligé à des flexions nombreuses, de petites crises constituées par une augmentation de tension des groupes musculaires, augmentation de tension se transformant en contracture de quinze à vingt-cinq secondes, si, au lieu de s'arrêter, on veut vaincre la crampe. Diminution de l'excitabilité mécanique des *nerfs moteurs*. Ces conducteurs réagissent quantitativement bien aux courants faradiques, mais les plus forts courants ne déterminent que des contractions brèves, éphémères, qui n'acquièrent de la durée que par la sommation des excitations ; le courant galvanique ne décèle aucune anomalie au point de vue de la quantité de la réaction, mais, pour obtenir une contraction tonique à la fermeture de la cathode, il faut se servir de courants forts et encore cette contraction est-elle peu évidente et très peu persistante ; on n'engendre de contraction tonique soutenue que par la sommation d'excitations disséminées le long du cubital. Les *muscles*, extrêmement sensibles aux excitants mécaniques, obéissent facilement aux courants faradiques et exagérément à l'électricité galvanique; les courants faradiques n'engendrent, de quelqne façon qu'on s'y prenne, que des contractions passagères, tandis que de minimes traînées galvaniques à peines perceptibles déchaînent à la fermeture des deux pôles des convulsions lentes, persistantes, transformant le muscle en une masse inégale, dure, contournée, comme rampante et quelquefois (fléchisseurs des doigts, vaste interne, vaste externe) en un bloc ondulant ; en un mot, modification dans la forme de la contraction musculaire (paresse, ralentissement du temps perdu, persistance de la contraction) et réaction électrique myotonique. M. Erb a *réséqué sur un de ses malades un morceau du biceps brachial;* ce muscle, qui, frais, semblait normal, présentait, après durcissement, une *hypertrophie énorme de la fibre* (de près du triple) devenue presque ronde, cylindrique ; intégrité du tissu conjonctif et de ses noyaux, mais *multiplication considérable des noyaux du sarcolemme*; la striation transversale paraissait plus fine et souvent un peu moins nette. P. K.

XXXI. Contribution a la pathologie de la maladie de Thomsen (*expression consacrée*); par M. Bernhardt. — Contribution a la maladie de Thomsen: Lettre de Thomsen a M. Bernhardt. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, 1885.)

M. Thomsen, en décrivant l'affection dont il était atteint, lui et les siens, niait l'influence des *mariages consanguins*, au moins dans sa famille, et insistait sur la diversité des origines sociales de chacun des membres envisagés. Le petit mémoire de M. Bernhardt, gros de faits, prouverait tout le contraire. Les grands parents des malades présentés, bien que cousin et cousine, ne paraissent pas avoir souffert de cette maladie; les parents mêmes, quoique consanguins, étaient demeurés indemnes. Mais la tante paternelle, issue de père et mère consanguins, en est affectée et, après elle, ses nièces et neveux. Le cousin du père de ces derniers épouse sa cousine, qui est la sœur de leur père, ou leur tante; deux enfants issus de ce mariage sont également atteints, de même qu'un de leurs fils (troisième génération). L'autre branche généalogique, qui brille encore par des mariages consanguins, est fauchée par la phthisie pulmonaire ou mutilée par des névropathies (surdimutité, lésions du nerf optique, etc.). — M. Thomsen écrit une lettre spéciale pour confirmer à nouveau la non-consanguité des mariages dans sa famille, et cependant l'hérédité de la perturbation nerveuse, qu'il a le premier éprouvée, continue persistante, avec cette particularité que l'affection réside surtout sur les membres inférieurs et que les muscles de la motilité volontaire présentent un développement exagéré. Détails sur ses enfants et petits-enfants: la chaleur du lit et l'exercice, les sudations dissipent l'état de rigidité; en revanche, l'appréhension, la crainte du ridicule en public l'appellent et l'exagèrent (panophobie, comme chez les agoraphobes). Il s'agit, dans l'espèce, d'individus vigoureux indemnes de toute tare, de toute infection, de phthisie pulmonaire; lui-même porte vaillamment ses soixante-dix ans malgré cette infirmité des plus importunes. P. K.

XXXII. Sur le rapport qui existe entre l'épicanthus et l'ophthalmoplégie; par J. Hirschberg (*Neurol.Centralbl.*, 1885.)

Homme de trente et un ans; ophthalmoplégie totale typique: blépharoptose bilatérale (les paupières supérieures ont une largeur de 28 millimètres); les sourcils sont très élevés; il faut que le muscle frontal remplace l'élévateur de la paupière supérieure; mouvements d'élévation, d'adduction, d'abduction de la pupille impossibles; pour abaisser le globe oculaire, le patient se sert de ce qui lui reste du grand oblique et, par suite, l'œil tourne

autour de son axe du côté de la tempe; les axes des deux yeux divergent légèrement quand ils demeurent tranquilles et cependant, ni diplopie, ni troubles de l'accommodation, ni modifications pupillaires, ni lésion du fond de l'œil, acuité visuelle modérée (astigmatisme). Intégrité du système nerveux. Il s'agit d'un état congénital héréditaire; la mère du sujet en question vient de procréer un enfant actuellement âgé de neuf mois qui présente un épicanthus paralytique, le repli cutané oculo-nasal fait défaut ; le bébé ne peut ni élever la paupière, ni regarder en haut, les mouvements d'abduction, d'adduction, d'abaissement des globes sont conservés : alternative de divergences et de convergences convulsives; sous l'influence d'une émotion, le petit malade arrive à faire cesser la blépharoptose. P. K.

XXXIII. Un cas de paralysie des muscles de l'œil a la suite de diphthérite de la gorge; par W. Uhthoff. — Contribution a l'étude des paralysies diphthéritiques ; par E. Mendel (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Il s'agit d'un enfant de dix ans atteint d'une ophthalmoplégie externe et bilatérale accompagnée de parésie de l'accommodateur de chaque côté, sans modification dans la réaction des pupilles; presque en même temps, parésie des membres supérieurs et inférieurs (impossibilité de marcher sans appui) ; le tout consécutif à une diphthérite légère n'ayant pas nécessité l'alitement, mais ayant laissé après elle un nasonnement assez prolongé. Ces complications se montrèrent douze jours après l'évolution de la diphthérite, progressèrent pendant trois semaines, puis disparurent graduellement dans l'espace de six semaines (Observ. de M. Uhthoff). Le fait de M. Mendel concerne un malade de huit ans affecté du 22-28 septembre 1883 de diphthérie pharyngeé modérée ; le 4 octobre, on constatait une paralysie du voile du palais; le 2 novembre, commencèrent à se produire des accidents oculaires et des troubles de la motilité volontaire aboutissant à une paralysie bilatérale absolue de l'ensemble des muscles des globes oculaires, avec parésie du facial droit, parésie pharyngo-palatine, parésie des muscles de la nuque, ataxie et affaiblissement des quatre membres, signe de Romberg, disparition des réflexes tendineux, fièvre (P = 100. T = 38). Sur cet ensemble symptomatique se greffe une bronchite catarrhale diffuse de l'albuminurie; la paralysie s'étend et se complète; le pneumo-gastrique cesse de fonctionner, le patient meurt le 11 novembre. *L'examen anatomo-pathologique* de l'encéphale révèle la réplétion exagérée des petites artères et des capillaires, depuis les tubercules quadrijumeaux jusqu'à l'entrecroisement des pyramides : dans l'espace adventice de Virchow et Robin, on trouve des globules blancs et

rouges accumulés; ces exsudats, qui existent également en dehors des vaisseaux proprement dits, s'accompagnent, sur plusieurs points, de véritables hémorragies capillaires assez nombreuses, notamment à l'intérieur de la protubérance, le long de l'oculomoteur externe droit. Intégrité des noyaux des nerfs crâniens et en particulier des noyaux de l'oculomoteur commun, de l'oculo-moteur externe, du pneumogastrique, de l'hypoglosse. Les branches périphériques et les troncs sont atteints de névrite parenchymateuse ou interstitielle (multiplication des noyaux du névrilemme, hémorrhagies le long des filets, altération de la myéline), soit à l'extérieur du crâne, soit en pleine protubérance, soit au cœur du bulbe (pneumogastrique, oculomoteur externe, oculo-moteur commun). Le poison diphthéritique atteint donc aussi bien les parois des vaisseaux que le névrilemme, et cela du même coup. P. K.

XXXIV. Un cas de névrite généralisée avec altérations électriques graves, même du côté du facial toujours indemne; par E. Remak. — Quelques remarques sur la communication de M. Remak, intitulée : *Un cas de névrite généralisée*, par L. Lœwenfeld. — Réplique aux remarques précédentes; par E. Remak. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

A la suite d'un rhumatisme articulaire siégeant sur les deux articulations tibiales inférieures, on voit s'installer une paralysie incomplète, accompagnée de troubles de la sensibilité et d'atrophie dégénérative partielle des muscles des membres inférieurs; absence de phénomènes tendineux; démence; trouble de la parole; tremblement à l'occasion de mouvements voulus; convulsions; et, particularité caractéristique, altérations électriques graves (d'abord forme moyenne, puis forme grave de la réaction dégénérative, enfin suppression de l'excitabilité électrique), occupant non seulement les territoires neuro-musculaires où a siégé la paralysie, mais ceux qui n'ont cessé de se montrer indemnes (facial) des deux côtés. Le diagnostic de névrite multiloculaire subaiguë émane de la constatation des douleurs initiales, de l'existence des troubles de la sensibilité qui, d'abord considérables, ont rétrocédé graduellement en même temps que l'atrophie musculaire dégénérative des extrémités, après une durée d'un an, de la genèse des phénomènes morbides consécutivement à un rhumatisme articulaire. La participation de tous les rameaux des deux nerfs facial aux altérations électriques, déjà observée dans la polynévrite aiguë (Pierson) n'indique pas dans l'espèce l'existence d'une poliomyélite antérieure ou d'une polioencéphalite, parce qu'il y a suppression de l'excitabilité élec-

trique presque complète; tout cela est d'ordre périphérique comme dans l'atrophie musculaire héréditaire : genèse myopathique, puisque le bulbe est intact. Conclusion. Névrite multiloculaire généralisée, dégénérative, ayant englobé, au début, quelques nerfs moteurs de l'œil (diplopie de trois mois) et atteignant actuellement le facial et l'hypoglosse ; les nerfs crâniens, non paralysés, sont presque complètement inexcitables et cependant ils ont conservé leur conductibilité. Peut-être y a-t-il lieu de penser qu'en ce cas les manchons de myéline sont seuls altérés (Erb ; et névrite segmentaire périaxile de Gombault). Légère inflammation des deux nerfs optiques conformément aux observations de Struempell, Eichhorst, Lœwenfeld. Cependant l'existence dans les extrémités supérieures de mouvements spasmodiques, de sautillements tendineux, de tremblements intentionnels rappelle, quand on les rapproche de la démence, la sclérose en plaques. A ce propos, Remak critique l'expression d'*athétose* que Lœwenfeld a appliquée[1] à des mouvements irrésistibles, mais de peu d'ampleur, découverts accidentellement et, par suite, dépourvus d'originalité frappante, et, en tout cas, ne consistant pas en cette rotation lente et caractéristique de tous les doigts de la main autour des articulations métacarpophalangiennes : « la main placée au repos et à plat sur un support exécute incessamment contre son gré, à des intervalles de quelques secondes, soit de légers mouvements spasmodiques, soit des mouvements de flexion, d'extension et d'abduction de tels ou tels doigts isolés ou groupés », etc. (voir Hammond par comparaison).

P. Kéraval.

XXXV. Contribution a l'étude des névrites multiples ; par A. Homén. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

Observation se distinguant de la poliomyélite avec laquelle la névrite est le plus souvent confondue, en ce que les troubles de la sensibilité étaient très accentués, les troubles de la motilité et de la réaction électrique n'atteignant pas le degré qu'on a coutume de noter dans les lésions de la moelle. Conclusion. Névrite multiloculaire à début subaigu sous forme de deux attaques séparées, puis devenue stationnaire. Cette névrite a néanmoins présenté des particularités qui ne lui sont pas habituelles : tels le début par les extrémités supérieures et l'épaule, l'insignifiance des troubles moteurs, surtout par comparaison avec les troubles de la sensibilité excessifs, la diplopie (insuffisance congénitale des muscles des yeux), la tuméfaction intermittante des mains

[1] Voy. *Archiv. de Neurol.* Un cas de névrite multiloculaire avec athétose. t. XII, p. 207.

et des pieds (troubles vasomoteurs), la rapidité du pouls (atteinte du pneumo-gastrique). Guérison d'une promptitude remarquable, ce qui confirme encore le diagnostic et exclut l'idée d'une lésion des centres nerveux. L'auteur insiste sur l'action favorable du pinceau faradique dans les cas récents ou anciens de névrite quelconque ou traumatique où prédominent des troubles de la sensibilité. Au point de vue de l'étiologie, il n'y avait ici ni refroidissement ni maladie infectieuse, ni alcoolisme, ni aucun élément prédisposant. P. K.

XXXVI. Sur les paralysies du nerf médian ; par M. Bernhardt (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

L'auteur montre à l'aide de cinq observations de blessures que le médian innerve non pas seulement la face palmaire des doigts, mais celle de la face dorsale des phalangettes et des phalangines des deuxième, troisième doigts ainsi que le côté externe des phalangines du quatrième doigt. L'auteur insiste, en outre, sur l'inégalité dans les zones anesthésiques rattachables aux blessures du médian (question de degré et d'étendue de la lésion en chaque cas particulier), sur l'atteinte, dans un des cas de la face dorsale de la phalange unguéale du pouce. Ces faits sont encore intéressants au titre que voici : l'élément moteur souffrit moins que l'élément sensitif; on voit notamment l'éminence thénar toute atrophiée conserver ses propriétés motrices, ce qui semble en même temps récuser la résistance des fibres trophiques (Luederitz); au fond, quatre observations décèlent ici l'atteinte des fibres trophiques et sensitives et l'intégrité des fibres motrices. De l'ensemble des analyses de chaque fait, il résulte que la séparation absolue du nerf n'eut généralement pas lieu et que le processus inflammatoire consécutif à la section détermina après coup une destruction plus étendue, et dans le sens transversal et sur la longueur du tronc (névrite) jusque dans les plus fins ramuscules intramusculaires (réaction dégénérative due à la myite ou myosite propagée) ; mais en même temps la paralysie complète a pu être empêchée, ou la restitution rapide de la conductibilité motrice a pu être effectuée soit par la conservation d'un pont de fibres normales, soit par la prompte régénération d'un petit segment de fibres. P. K.

XXXVII. Un cas de sclérose latérale amyotrophique; par A. Koschewnikoff. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885.)

Sous-titre : Dégénérescence des faisceaux pyramidaux dans tout leur trajet et de l'écorce du cerveau en rapport avec ce système.

A rapprocher du cas publié par le même auteur dans les *Archives de Neurologie* de 1883, n° 18). Naturellement les cellules nerveuses des cornes antérieures sont aussi atteintes. Intégrité absolue des petites cellules nerveuses de la moitié supérieure de l'écorce des circonvolutions ascendantes. P. K.

XXXVIII. Contribution a la symptomatologie des lésions de la protubérance; par J. Mierzejewsky et Rosenbach. (*Neurol. Centrabl.*, 1885.)

Les lésions de la protubérance peuvent produire de nombreux symptômes; néanmoins le diagnostic se trouve relativement facilité par l'association de certains phénomènes dans le domaine de l'encéphale. Tel est le cas de l'existence de la paralysie du muscle droit externe d'un des yeux, de concert avec la paralysie du muscle droit interne de l'autre œil sans que l'ocumoloteur commun, dont dépend le droit interne, se trouve atteint. Ce syndrôme se rattache comme on sait à une lésion unilatérale du noyau de l'ocumoloteur externe[1]. Nouvelle observation à l'appui. Paralysie du facial droit dans sa totalité : hyperexcitabilité des muscles paralysés à l'égard des courants faradiques et galvaniques, les courants continus engendrant des contractions très lentes: Ka S Z > An S Z[2]. Du côté droit, paralysie du droit externe; parésie du droit interne de l'œil gauche. Double névrorétinite. L'*autopsie* révèle, dans la substance de la protubérance, la présence d'une tumeur qui, comprise dans la moitié droite de son plan supérieur comprime le raphé et la moitié gauche de l'organe, fait saillie en haut dans la cavité du quatrième ventricule, dont elle rejette les fibres raphéiques à gauche, gagne *suprà* presque la zone intermédiaire au ventricule et à l'aqueduc de Sylvius, et arrive en bas, à une distance de 3 millimètres des stries acoustiques; topographiquement, elle occupe la région de la calotte et ne pèse ni sur les faisceaux pyramidaux, ni sur les fibres transverses. Ce néoplasme n'a pas détruit de fibres, mais il a engendré tout autour de lui une inflammation chronique qui, tant dans la moitié droite du IVe ventricule, que dans une partie de sa moitié gauche, a détruit la substance grise du segment supé-

[1] Voy. Nothnagel : *Maladies de l'encéphale*, p. 115.

[2] Voy. pour ces symboles, Charcot, *Leçons sur les Maladies du système nerveux*, III, 1, p. 135 et 136, *Archives de Neurologie*, I, 574 et *passim*.

rieur du plancher et les noyaux des VIe et VIIe paires droites; on constate en outre une infiltration lymphoïde des noyaux de la VIIIe paire droite des VIe et VIIe paires gauches, ainsi qu'un simple ramollissement des noyaux des IX, X, XI, XIIe paires. Intégrité des portions externes et antérieures des coupes transversales de la protubérance et du bulbe, des racines du trijumeau, des trousseaux de fibres appartenant aux pédoncules cérébelleux moyens, des olives, des faisceaux pyramidaux; destruction des fibres du faisceau longitudinal postérieur sur une grande étendue des deux côtés. P. K.

XXXIX. Un cas de tumeur cérébrale (gliosarcome de la glande pinéale 1885, par L. Feilchenfeld (*Neurol. Centralbl.*).

Individu très intelligent, présentant successivement de la céphalalgie, des vertiges, des vomissements, de l'apathie, de la faiblesse accentuée des membres inférieurs, des convulsions généralisées l'empêchant de boire et de manger seul, de la diplopie, de la diminution des réflexes sphinctériens anovésicaux (constipation), de l'ataxie dans les jambes, du ralentissement dans la perception des impressions sensibles, de la paralysie des muscles soumis à l'oculomoteur commun des deux yeux excepté de l'élévateur de la paupière supérieure, de la réaction lente des pupilles, des papilles étranglées, une légère parésie du facial. Tel fut l'ensemble symptomatique de mai 1884 au 24 mars 1885 : courbe fébrile le jour de la mort. *L'autopsie* décèle tous les signes de la stase encéphaloméningée avec œdème interstitiel. Il existe un sarcome à cellules fusiformes qui, originaire de la glande pinéale et de son pédoncule, englobe le pédoncule cérébelleux supérieur, l'extrémité antérieure du tubercule quadrijumeau antérieur, empiète sur les couches optiques au milieu de la commissure postérieure et du ganglion de l'habenula, mais sans en altérer la substance fondamentale, non plus que celle du pied des pédoncules cérébraux. P. K.

XL. Contribution a la méthode de recherche du phénomène du genou; par E. Jendrassik (*Neurol. Centralb.* 1885).

Voici la meilleure méthode à l'aide de laquelle on puisse se rendre compte de l'existence bien avérée ou de l'absence incon-

testable du phénomène du genou. Asseoir l'individu sur le bord d'une table, de façon à ce que les jambes pendent mollement, aussi mortes que possible ; inviter le patient à entrelacer les doigts des deux mains et,en tendant les bras horizontalement, à tirer aussi fort que possible sur ces mains, ainsi unies, comme pour rompre l'entrelacement ; c'est à ce moment qu'on frappera sur le tendon rotulien. Ce procédé repose sur le double fait d'observation : 1° que l'on ne peut obtenir un relâchement parfait des muscles des membres inférieurs que lorsqu'ils pendent librement, ce que l'on peut contrôler en plaçant sa main au-dessus de la cuisse près de l'articulation du genou ; 2° que, dans ces conditions, le phénomène du genou et les réflexes tendineux en général n'acquièrent leur degré de développement que si l'on force les autres muscles du corps à déployer une grande force. L'examen de 1,000 individus sains ou malades (non névropathes) indique qu'il est extrêmement probable que le phénomène du genou apparaîtrait chez tous ces individus indemnes d'affections du système nerveux : on n'enregistrerait pas dans l'espèce de cas nuls ou douteux.

P. K.

XLI. Contribution a l'étude de la névrite multiloculaire chez les buveurs ; par R. Schulz (*Neurol. Centralbl.* 1885).

L'observation relatée concerne un buveur acharné indemne de toute tare héréditaire névropathique, de syphilis, en proie à du désordre dans les idées, qui en un mois présenta une paralysie atrophique extrêmement marquée dans les quatre extrémités ; intégrité de la sensibilité, sauf une légère anesthésie ; intégrité du sens musculaire ; douleurs dans les bras et les jambes ; gros troncs nerveux sensibles à la pression ; affection articulaire passagère avec fièvre ; quelques accidents ataxiformes ; disparition des réflexes patellaires, conservation des réflexes cutanés ; parésie vésico-rectale ; les muscles et les nerfs des membres ne réagissent plus sous l'influence des deux espèces de courants ; paralysie passagère bi-latérale de l'ocumoloteur externe : guérison complète en six mois de traitement. L'auteur discute le diagnostic différentiel entre la poliomyélite antérieure subaiguë (paralysie atrophique étendue, dès le début, avec diminution extrême de l'excitabilité électrique, troubles minimes de la sensibilité, suppression du réflexe patellaire) et

la névrite multiloculaire (dissémination des phénomènes, conservation des réflexes cutanés, sensibilité à la pression des gros troncs nerveux); il analyse comparativement les faits du même genre, et pose les éléments à l'aide desquels on peut distinguer l'ataxie d'une paralysie alcoolique (paralysie atrophique se montrant dès le début et marchant rapidement, hyperexcitabilité électrique avec ou sans modification qualitative, absence de fixité, d'immobilité pupillaire, de douleurs en ceinture, de troubles vésico-rectaux), et l'ataxie d'un tabes (atrophie tardive, lente; à l'hyperexcitabilité électrique du début succède une diminution de l'excitabilité sans modifications qualitatives; pupilles inertes, douleurs en ceinture, troubles vésico-rectaux). Il est impossible de déterminer si ces névrites sont d'origine centrale ou périphérique, malgré les derniers efforts de Déjerine, si les lacunes vacuoliques de la moelle sont en relation avec elles (lacunes anatomopathologiques artificielles?) si les dégénérescences cellulaires, trouvées dans des moëlles autrement normales (Eisenlohr) et cliniquement saines se rattachent à des poussées névritiques. Deux tableaux finaux résument les cas de Struempell, Mueller, Mœli, Schulz, Fischer, Lœwenfeld, Krueche, Déjerine, Lilienfeld au double point de vue de la nosographie et de l'anatomie. P. K.

XLII. — Sur une forme de trouble de la sensibilité découverte dans les lésions unilatérales du cerveau a l'aide d'une méthode d'examen jusqu'ici non mise a profit en clinique; par H. Oppenheim. (*Neurol. Centrabl.*, 1885).

Voici ce dont il s'agit chez quatre individus atteints d'affections en foyer. Quand on soumet simultanément les deux côtés du corps à des sensations d'égale intensité, le côté du corps paralysé est manifestement rebelle à la conductibilité de la sensation, alors qu'examiné seul, il perçoit encore d'une façon satisfaisante; cette constatation s'applique à la sensibilité générale comme à la sensibilité spéciale. Si l'on veut que les éléments centraux qui reçoivent les impressions du côté paralysé perçoivent aussi rapidement et aussi nettement que ceux qui ressortissent au côté sain, il faut augmenter l'intensité de l'excitant du côté qui est ou qui a été atteint; or, ceci n'a pas lieu chez les individus normaux. Tel est le fait brut. On devra continuer les expériences. P. K.

XLIII. Un cas de tumeurs syphilitiques (?) dans les méninges cérébrales ; par J. Althaus. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2.)

Une fillette de quatorze ans issue de parents très honnêtes qui l'ont élevée, voit ses règles se supprimer ; en même temps elle présente des phénomènes encéphaliques : céphalagie, vomissements, paralysie à évolution lente se rapportant à la zone motrice du cerveau droit, hyperesthésie indiquant une irritation des zones sensorielles. Tumeur probable, quoi qu'il n'existe ni accidents épileptiformes, ni convulsions quelconques, ni papille étranglée. L'absence d'ictus jointe à la constatation du marasme élimine l'idée d'une hémorrhagie ou d'une embolie. Le développement des mamelles fait penser instinctivement à des coïts antérieurs, à une grossesse possible, et partant à une infection syphilitique, quoique ni le milieu, ni les commémoratifs, ni l'examen ne fournissent aucune trace de signe en faveur de ce diagnostic. Mort malgré la prescription de K I et sublimé. Durée, sept mois. L'*autopsie* montre à droite : adhérence de la pie-mère, de l'arachnoïde et de l'écorce ; dans les mailles de la pie-mère, le long des vaisseaux dilatés ou allongés en fuseaux, dans les parois vasculaires une collection de nodosités plus ou moins disséminées, plus ou moins confluentes, qui ne sont que des gommes syphilitiques entées sur de l'artérite syphilitique (tableau microscopique des lésions décrites par Heubner), l'écorce congestionnée présente une traînée de ramollissement dûe à l'oblitération complète d'une des artères terminales par l'ensemble du néoplasme ; en un point, la dure-mère participe à l'adhérence générale. Intégrité des cellules nerveuses et des éléments des diverses couches corticales; artérite syphilitique de même nature. Intégrité du reste de l'encéphale. —Par où s'est effectuée la contagion ? Résulte-t-elle d'un simple accident? La jeune fille était elle nceinte au moment de sa mort ? Pourquoi la genèse de gommes a-t-elle suivi de si près l'infection ; remarquez que la fillette n'a été réglée qu'à douze ans. Comment n'a-t-on pas constaté de phénomènes intermédiaires entre la grossesse et le premier signe de la syphilis passée, dans l'espèce, inaperçue ? Est-ce que par hasard des gommes de méninges se pourraient engendrer sur un terrain non spécifique ? Autant de questions insolubles. En tout cas ici, il faut éliminer la tuberculose ou tout

autre cachexie. L'auteur appelle l'attention sur l'existence du coma et l'hémiparésie gauche qui excluent le diagnostic d'hystérie. En ce qui a trait aux allures du phénomène du genou, il signale que, lorsqu'il y a des différences entre les deux côtés du corps, on peut être certain qu'il existe des altérations de structure dans certaines régions du système nerveux; pour localiser ces altérations, on prend en considération, comme dans l'observation précédente, l'exagération du réflexe patellaire (indice d'affection cérébro-spinale); la lenteur relative du réflexe qui s'étend ensuite très loin (indice d'affection cérébrale) tandis que sa rapidité dépourvue de propagation plaide en faveur d'une lésion spinale. P. K.

XLIV. Communications casuistiques; par O. Hebold. (*Arch. f. Psych.* XVI, 2.)

I. *Foyer de ramollissement dans l'insula gauche.* — *Aphasie.* Femme de soixante et onze ans ayant présenté, il y a un an et demi, un ictus apoplectique (troubles de la motilité à droite affaiblissement de la mémoire); il y a six mois, nouvel ictus apoplectique (hémiplégie droite, aphasie); il y a dix jours, ictus apoplectiforme avec perturbations du côté droit. *Autopsie* La couche optique gauche renferme le plus vieux foyer; ramollissement brun-gris, gros comme un noyau de cerise; dégénérescence (cellules granuleuses) dans la partie postérieure de la capsule interne gauche et dans le faisceau pyramidal du même côté, à travers la protubérance et le bulbe, d'où la parésie et les mouvements choréiformes postparétiques du côté droit. Hématome de la dure-mère au niveau du lobe temporal gauche, et foyer de ramollissement brun-rouge dans l'insula du côté gauche; de date plus récente que l'altération de la couche optique, ces lésions expliquent l'aphasie (très légère atteinte de la troisième frontale contiguë). La circonvolution du corps calleux contient, dans sa partie antérieure, un kyste gros comme une lentille.

II. *Sarcome du lobe frontal.* — Observation dans laquelle, une tumeur occupant une grande partie du lobe frontal, les symptômes se rapprochèrent des accidents expérimentaux provoqués par Munk chez les singes et les chiens (muscles de la nuque et du rachis). Femme de soixante-treize ans. Il y a seize mois, affaiblissement de la mémoire; depuis neuf mois, dé-

marche raide attribuée à des douleurs dans les genoux ; incontinence d'urine, céphalalgie ; plus tard, maintien permanent de la tête et de la face dans une sorte d'inflexion en avant, avec rotation constante à droite (l'animal auquel on a extirpé le lobe frontal gauche tient constamment la tête tournée à gauche et la colonne dorso-lombaire présente une incurvation anormale à droite) ; finalement coma. *Autopsie.* Dans le lobe frontal droit, existe une tumeur qui a principalement détruit la substance corticale des deux frontales supérieures, sauf leurs parties antérieures et postérieures, qui a envahi la substance blanche de la même région (forme et volume d'une pomme), qui a pénétré à travers la faux de la dure-mère dans la première frontale. P. K.

XLV. Remarques sur le mémoire de Déjerine intitulé : *Du rôle joué par la méningite spinale postérieure des tabétiques dans la pathogénie des scléroses combinées ;* par C. Westphal (*Arch. f. Psych. XVI*, 2).

Dans toutes les lésions combinées, dit Déjerine, l'atteinte des cordons latéraux a lieu par la propagation d'un processus inflammatoire de la pie-mère (leptoméningite) sur ces cordons ; de l'altération primitive, autonome, des cordons postérieurs du tabétique part un processus d'irritation méningitique qui, diffusant le long de la méninge, se développe et frappe secondairement les cordons latéraux. Telle est l'interprétation de M. Westphal sur le mémoire de M. Déjerine ; M. Westphal revendique la priorité de l'idée ; il ajoute qu'il a jadis conclu négativement, du moins à la lumière de la généralité des faits, contre la théorie posée par lui dans des termes semblables. P. K.

XLVI. Contribution a la casuistique des tumeurs du cerveau et a la connaissance des localisations cérébrales ; par Th. Sœlan. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 2).

Il s'agit d'un cas de tumeur unique (solitaire) du cerveau : sarcome de la dure-mère au niveau du tiers moyen de la pariétale ascendante droite, à ce niveau la pariétale ascendante est pâle, anémiée. On constata principalement de la lypémanie avec agitation, des hallucinations de l'ouïe, et du jour où le petit néoplasme (1 cent. de diamètre) pressa suffisamment contre la zone motrice, des contractures de la main et des

doigts du côté gauche accompagnées de sensations de tremblement dans le bras et la jambe, du même côté. Aux diverses phases d'amélioration et d'aggravation correspondent. de même que dans toutes les tumeurs, des séries de poussées et d'arrêts néoplasiques. On rencontre encore de la pachyméningite pseudo-membraneuse au niveau des deux lobes frontaux, un hématome sous-dure-mérien récent au milieu du lobe frontal gauche. Telles sont les principales particularités de ce fait à lire en entier. P. K.

XLVII. Communications neuropathologiques de l'hôpital de Brunswick ; par R. Schulz (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3).

I. *Hémianopsie temporale gauche unilatérale. Diagnostic erroné de tumeur cérébrale.* — La constatation successive de ce symptôme, puis d'une hémianopsie homonyme latérale du même côté, d'hémiparésie droite puis de paraparésie et presque de paraplégie des quatre extrémités avec contracture des membres inférieurs, exagération excessive des réflexes tendineux, clonus dorsal des deux pieds, troubles de la sensibilité justifieraient en quelque sorte le diagnostic de tumeur à progression lente siégeant dans la glande pituitaire et comprimant la bandelette optique droite; la mort a lieu dans la démence compliquée d'idées de persécution, de divagations complètes, avec paralysie absolue de la vessie et du rectum, gangrène du décubitus acutus. L'*autopsie* révéla deux foyers morbides : l'un constitué par une méningite chronique, à son maximum de développement autour du chiasma, à laquelle on peut attribuer la série des accidents visuels tout en s'étonnant que la cécité n'ait pas été complète, l'autre, représenté par une pachyméningite cervicale hypertrophique, auquel M. Schulz rattache les phénomènes spasmodiques d'origine spinale, et la paralysie vésico-rectale imputés à tort à la compression de la protubérance. On constatait encore de l'encéphalite interstitielle; peut-être la lésion du lobe occipital est-elle en rapport avec les syndrômes oculaires; un examen plus complet aurait peut-être fourni entre les mains d'un psychiâtre des points de repère satisfaisants; tel est l'avis de l'auteur.

II. *Convulsions dans le territoire du facial droit. Aphasie amnésique. Foyer du volume d'une noisette dans la circonvolution de Broca du côté gauche.* — Individu indemne d'hérédité neuro-

psychique. A la suite d'un accident de voiture, qui cependant ne l'atteignit point à la tête et ne lui fit pas perdre connaissance, il se plaint de crampes stomacales violentes, commence à ne plus pouvoir s'exprimer et à grimacer. Puis, s'installent des convulsions cloniques de la moitié droite de la face affectant bientôt la forme subintrante : chaque accès est précédé d'un cri spécial suspirieux, la tête est également tirée en arrière à droite et l'inspiration se montre bruyante, la perte de connaissance est complète, les pupilles ne réagissent plus, on note de la déviation conjuguée des yeux à gauche et en haut. Simultanément, aphasie amnésique parfaite ; le malade comprend, s'exprime par gestes, mais ne peut trouver les mots qui lui sont nécessaires pour émettre ses idées. Le troisième jour des convulsions, les accidents, qui ont débuté par le facial inférieur, et ont progressivement monté, passent concurremment à gauche (paupière) pour envahir finalement le tronc lui-même (opisthotonos, trismus, tétanisme) ; asphyxie mortelle. Un tubercule caséeux occupe exactement la place de la circonvolution de Broca et le sillon præcentralis (frontal parallèle), mais il est probable, dit M. Schulz, que le néoplasme irritait par propagation les zones 7, 8, 11 d'Exner, et le centre 11 de la première temporale. Les convulsions générales du dernier jour sont dues à la méningite récente généralisée.

III. *Tétanie.* — Observation de convulsions toniques symétriques des extrémités survenant de temps à autre chez une femme grosse et affectant particulièrement les bras. Ni perte de connaissance, ni troubles de la sensibilité, hyperexcitabilité mécanique du facial, hyperexcitabilité électrique énorme des nerfs des extrémités à l'égard du courant constant. Sous l'influence des bains chauds, du bromure de sodium, la malade guérit à la suite de son accouchement.

IV. *Sarcome primitif de la pie-mère de la moelle épinière sur toute la hauteur de l'organe*[1]. — Hérédité neuropathique et notamment, dans la famille, propension à faire des néoplasmes dans le système nerveux central ; un oncle est mort de gliome de la protubérance ; une nièce a succombé à un sarcome de la moelle épinière. La femme qui fait l'objet de cette observation paraissait, selon la nomenclature de Fried. Schultze, en proie à une paralysie mixte aiguë, à la fois descendante, à la fois ascen-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 160.

dante; c'est-à-dire que la parésie des extrémités supérieures, accompagnée de légère paresthésie, fut bientôt suivie de paralysie complète des mêmes membres avec anesthésie et troubles vasomoteurs; sur ce, parésie, puis paralysie absolue, des extrémités inférieures avec perte de la sensibilité, suppression partielle des réflexes patellaires et des réflexes cutanés, parésie vésicale (rétention d'urine) et douleurs très prononcées tout le long du rachis; mort par paralysie de la respiration. Diagnostic ainsi formulé : méningo-myélite aiguë ; la myélite ayant commencé par la moelle cervicale s'était probablement étendue inférieurement, puis elle avait monté, avait gagné le faisceau respiratoire de Krause qui s'étend jusque dans la moelle cervicale. La promptitude de l'évolution ne permettait pas de supposer l'existence d'un néoplasme occupant toute la hauteur de l'organe ; M. Schulz croit que la tumeur a dû se développer il y a quatre mois, qu'elle a pris naissance dans la pie-mère lombaire, qu'elle s'est graduellement étendue en haut jusqu'à la partie inférieure du bulbe (figure à l'appui). P. K.

XLVIII. Sur une forme toute particulière de paralysie spasmodique accompagnée de phénomènes cérébraux, entée sur un fonds d'hérédité (sclérose multiloculaire); par F. Pelizœus (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3).

Il s'agit d'un enfant de huit ans présentant du nystagmus bilatéral, de la bradylalie, quelques troubles de l'innervation dans les extrémités supérieures, de la paralysie spasmodique des membres inférieurs, sans atrophie ni perturbation de la sensibilité; conservation de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles ; exagération des phénomènes tendineux. Le nystagmus daterait de l'âge de trois mois; à l'âge de six mois, les mouvements parurent maladroits; l'enfant ne présentait pas cette allure vive des membres caractéristique de l'état normal; quand on voulut le faire marcher, on s'aperçut qu'il ne commandait pas à ses extrémités inférieures, et c'est alors que se développa graduellement l'attitude présente (flexion des cuisses sur le bassin, des jambes sur les cuisses, pieds varus-équin); la parole ne devint mauvaise qu'à partir de la troisième année. Débilité mentale, mais intégrité de la mémoire. La famille compte cinq membres atteints de la même forme morbide, ayant exactement suivi la même marche, sévis-

sant sur les mâles et passant à travers les femmes sans les toucher. Le nystagmus, la bradylalie, la paralysie spasmodique, l'absence d'atrophie, rapprochent cette affection de la sclérose en plaques dont elle diffère par le type régulier de sa symptomatologie, de son évolution, de son hérédité, de sa précocité. Malheureusement, on manque d'autopsies. M. Pelizœus analyse, critique, révise l'ensemble des faits connexes, y compris les observations de sclérose multiloculaire pendant l'enfance. Après la sclérose en plaques, l'hydrocéphalie serait, d'après lui, capable d'engendrer de semblables phénomènes, mais l'examen des crânes de deux patients encore vivants (âgés de huit et vingt-huit ans) contredit à cette hypothèse. P. K.

XLIX. Nouvelles communications sur les affections du système nerveux qui se rattachent a des lésions céphaliques et a des commotions cérébrospinales (*dans l'espèce, accidents des voies ferrées*); par M. H. Oppenheim (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3).

Ce mémoire constitue une réponse à la manière de voir de M. Charcot [1], sur les faits déjà présentés par l'auteur en commun avec M. Thomsen. L'auteur y voit un type morbide spécial caractérisé par un état de dépression anxieuse, avec insomnie ou sommeil agité par des rêves cruels, précédé de visions terrifiantes; par de l'hypochondrie qui nuit à la vivacité des facultés intellectuelles (préoccupations sans affaiblissement de la mémoire); par des phénomènes épileptiformes de tout genre accompagnés d'obnubilation de la connaissance; par des sensations subjectives importunes, des sensations anormales bizarres, des vertiges, des douleurs avec sentiment de tension rachidienne et sacrée, des élancements zoniformes, de la raideur et de l'embarras dans les mouvements, de l'affaiblissement du sens génésique, de l'anesthésie générale et spéciale irrégulièrement distribuée, variée quant à sa modalité, enfin par de la dysurie et de la constipation habituelle. Les sous-genres nosographiques les plus communs sont constitués par une hypochondrie pure sans phénomènes objectifs, par des lésions surtout atrophiques du nerf optique, par de la torpeur des pupilles, par des accidents fébriles. — *Conclusions.*

[1] Voir Charcot. Leçons du *Progrès médical*, 18?5. *A propos de six cas d'hystérie chez l'homme* et *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 80 et 83 § IV)

Les traits fondamentaux de l'ensemble des syndrômes consécutifs aux accidents de chemin de fer en font, dans beaucoup de cas, une entité spéciale qui ne se confond avec aucune des maladies connues. — Dans un certain nombre de cas, ils représentent une forme mixte de psychonévrose (hystérie, épilepsie, neurasthénie, folie), sans que l'assimilation soit permise. — Dans une assez forte proportion d'observations, il existe des signes morbides qui indiquent certainement une lésion organique du système nerveux à évolution insidieuse. Est-ce à dire qu'on doive parler de petits foyers myélitiques ou encéphalitiques (Westphal)? qu'on puisse penser à une sorte de sclérose en plaques spéciale? On n'en saurait décider. Il paraît, en tout cas, ne pas exister de guérison complète; loin de là, les désordres opiniâtres, mais mitigés durant la première année qui suit l'accident, s'aggraveraient plus tard. P. Kéraval.

L. De la paralysie saturnine; par Schultze (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3.)

Un homme de vingt-cinq ans, saturnin depuis cinq ans, est, en juin 1882, atteint de paralysie de l'avant-bras droit; six mois après, l'avant-bras gauche est pris. Dès lors, la paralysie porte surtout : à droite, sur les extenseurs des doigts et de la main, le long extenseur du pouce, le premier interosseux, l'opposant et le court fléchisseur du pouce, le court abducteur du pouce (moins affecté); à gauche, sur l'extenseur commun des doigts, le premier radial externe, le cubital postérieur, les longs abducteur et extenseur du pouce. Atrophie extrême et réaction dégénérative complète des muscles malades. Le deltoïde, le biceps et le triceps brachial, sains, présentent néanmoins, sous l'influence de l'électricité galvanique, des tremblements violents, mais de courte durée. Intégrité de la sensibilité, des réflexes cutanés et tendineux (très nets). Mort, le 6 janvier 1885, de néphrite interstitielle avec foyers de pneumonie. L'*autopsie* révèle : hypertrophie du cœur gauche ; pneumonie catarrhale bilatérale; récent foyer hémorrhagique, du volume d'un pois, dans la protubérance; dégénérescence très étendue (en bandes) ou totale des muscles de l'avant-bras; dégénérescence grise évidente des deux nerfs radiaux à l'avant-bras ; décoloration légèrement grisâtre des racines les plus inférieures de renflement cervical et de quelques trousseaux de la queue de cheval. Au microscope, épaississement des vais-

seaux méningés; asymétrie congéniale de la moelle spinale dont les segments lombaires et cervicaux sont pauvres en cellules nerveuses, mais aucune trace de poliomyélite; çà et là, dans la substance grise intacte, cellules-araignées développées, névrite parenchymateuse du nerf radial droit, commençant au niveau de l'origine de la branche destinée au long supirateur et descendant avec elle; névrite atrophique disséminée, en plaques, dans le plexus brachial gauche; atrophie des éléments contractiles dans les muscles sus-mentionnés avec multiplication des noyaux. Après l'étude analytique et critique des observations de Erb, Remak, Vulpian, Oeller, Oppenheim, de Monakow, l'auteur conclut que d'ordinaire le plomb a l'air d'atteindre les nerfs périphériques les premiers, et que c'est lorsque la paralysie se généralise que l'on rencontre une lésion centrale des cornes antérieures. Mais il est impossible de formuler une règle relative à l'altération primitive des cellules qui commandent au radial, du radial lui-même, des cellules centrales ou des tractus nerveux périphériques quelconques. L'envahissement simultané du centre et de la périphérie, l'élection du poison pour certaines zones, pour le système vasculaire, l'hypothèse de la nécrobiose vasculaire et de la transmission ascendante par la gaîne de Schwann (Gombault) attendent encore des réponses probantes et explicatives. Le plomb lèse-t-il le muscle avant de toucher le nerf; la présence d'une réaction dégénérative avant la paralysie ou même sans qu'il existe de paralysie plaiderait en faveur de la myopathie primitive, tandis que l'anatomie pathologique affirmerait la névrite préalable. Enfin, M. Schultze insiste, à propos de l'observation présente, sur l'évolution progressive de la paralysie, malgré le changement de milieu, évolution qu'il rattache à la complication néphritique; sur l'atteinte partielle des supinateurs qui pourraient bien se montrer invariablement affectés si l'on possédait des moyens cliniques de juger exactement de leur force; sur la légère altération des nerfs sensitifs (une branche sensible du radial, une racine postérieure du renflement cervical); sur l'apparition de tremblements en des muscles anatomiquement sains à l'occasion de l'excitant électrique et de l'effort (genèse, mécanisme inconnus). P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

LI. Le crime et la folie; par le Dr P. Dukoff. (*Le Westnik* (*le Messager*) *de psychiâtrie*, du professeur J. Mierzejewsky, 1885, t. II.)

Après un aperçu historique sur les relations entre le crime et la folie et l'analyse d'un certain nombre d'observations personnelles sur les aliénés criminels, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

I. Le crime a beaucoup de ressemblance avec la folie, mais il ne lui est nullement identique; les points qui les rapprochent, relatifs à l'anatomie pathologique et à l'étiologie, ne suffisent pas à compenser les différences radicales qui les séparent. — II. La fréquence des affections mentales, chez les criminels détenus, dépend non seulement de causes individuelles (l'hérédité, mauvaise éducation, habitudes vicieuses), mais aussi des conditions mêmes de l'emprisonnement. — III. Les formes des maladies mentales qui se développent chez les criminels emprisonnés étant, au fond, identiques aux formes observées chez les sujets qui jouissent de leur liberté, offrent souvent néanmoins quelques particularités, quant au contenu de leur délire, qui se trouve entrelacé avec divers événements de leur vie criminelle, mais ces particularités ne changent pas le caractère général de la maladie mentale. — IV. Un fou peut commettre un crime parfaitement identique à celui que commet un homme sain; seulement, le crime du premier, étant le résultat d'une maladie mentale, aura un caractère accidentel, tandis que celui du second aura toujours un aspect prémédité ayant pour cause des tendances vicieuses ou une passion quelconque. — V. Les criminels devenus aliénés ne doivent pas être placés avec des malades ordinaires à cause de la différence de leur nature et de l'influence corruptrice qu'ils peuvent exercer sur ces derniers. — VI. On ne peut s'attendre à améliorer les criminels que si des hommes compétents se font un devoir

d'étudier le côté moral de ces individus et d'indiquer le mode de détention, d'occupation, etc., qui convient le mieux à la nature des sujets. Le système, qui ne poursuit que l'idée de punition, ne peut jamais s'attendre à modifier favorablement l'état moral du détenu dans les cas mêmes où celui-ci n'offre originellement aucune défectuosité cérébrale. HARDINE.

LII. AUTOMATISME EPILEPTIQUE ; par le Dr ALTHAUS (Analyse). (*The British med. Journ.*, 27 févr. 1886, p. 294.)

W... (E.), âgé de vingt-trois ans, célibataire; employé de chemin de fer, admis à l'hôpital en octobre 1885. Aucune tendance nerveuse héréditaire. Convulsions à la première dentition. A six ans, il entra dans les chemins de fer. Première attaque à sept ans trois mois, sans cause appréciable. Les accès étaient extrêmement variés, mais présentaient toujours de l'automatisme, soit après une attaque, soit sans attaque apparente. Aussi le patient, après s'être couché le soir tout à fait bien portant, se lève vers le milieu de la nuit, inconscient, et se promène plusieurs heures hors de sa chambre. Il tourne pendant des heures sans reprendre conscience. Quand ces accès le prennent le jour, il se heurte aux passants. Si on ne le gêne pas, il ne s'ensuit aucun trouble ; mais, arrêté, il devient violent, frappe, s'agite, si bien qu'il faut cinq ou six hommes pour le contenir.

Dans ces cas, on l'a vu, assis tranquillement à son bureau, prendre un air égaré, se lever, courir hors de la station, se heurter aux gens, tomber ensuite à terre et rester insensible. Il a aussi des attaques où la conscience persiste; il trébuche comme un homme ivre, injurie les passants. Il ne mord pas sa langue, mais écume; une fois, il a uriné involontairement. Il avait aussi des attaques avec demi-conscience et paralysie de la langue. Il peut encore prononcer des sons, mais n'articule rien d'intelligible. Quelquefois il a un aura d'une durée variable et dont le point de départ n'est pas constant. Le plus souvent, l'accès est instantané. Le malade a eu jusqu'à cinq accès par jour, rarement il a été plus d'une semaine sans en avoir.

Le patient a une bonne mémoire, et a dressé un véritable graphique de sa maladie. Il a perdu son emploi, non pour inconduite, mais à cause du trouble que sa maladie apportait

dans son service. Il écrit bien, mais son regard a quelque chose de particulier. La face est couverte d'acné pustuleux dû au traitement par le bromure de potassium. Les autres fonctions normales; hypertrophie et dilatation du ventricule gauche, la pointe battant dans le sixième espace intercostal; sans souffle. Traitements multiples, mixture composée de borax, digitale, bromure d'ammonium; l'acné traité par le mercure ammoniacal. Le résultat a été vraiment favorable, l'acné s'est guéri, et le malade est resté sans attaques pendant ses trois mois de séjour à l'hôpital.

Remarques du Dr Althaus. L'importance au point de vue de la médecine légale de ces faits d'automatisme et de vertige épileptique, ne saurait échapper. C'est à la *manie* épileptique qu'il faut rattacher les pertes prolongées de conscience; ces chutes, accès dans lequel le meurtre, le vol, le suicide, sont possibles. L'attaque épileptique, dans ces cas, affecte surtout les parties du cerveau, lobes frontaux, chargés du contrôle intellectuel et moral, qui restent pendant un certain temps paralysés; quand les ganglions centraux de la base du cerveau sont au contraire hyperexcités, d'où l'impulsion et les actes automatiques dépourvus de contrôle. Ces malades ne sont évidemment pas responsables, dans leurs accès, ce cas est fort semblable à celui du convict Havy Patrick commenté dans le *British Medical Journal*, de janvier 2e éd. L'épilepsie automatique constitue une terrible maladie, où les jours du malade sont sans cesse en danger, et qui réclame un traitement actif. PILLIET.

LIII. CONTRIBUTION A LA SYMPTOMATOLOGIE DE L'EPILEPSIE BÉNIGNE (*epilepsia mitior*); par A. MERCKLIN (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2).

Jeune garçon de treize ans présentant une tare névropathique héréditaire, se mettant, à la suite de lectures, à s'hypnotiser lui-même. Ces pratiques répétées déterminent des accidents nerveux; pendant plus d'un an, on constate des accès de trouble rapidement passager de la connaissance, voire de perte complète de connaissance; puis, se montrent des phénomènes, d'abord localisés à la tête, et finalement généralisés d'un parfait caractère (épilepsie). L'auteur en tire que les premiers phénomènes étaient, non des accidents autonomes en

relation avec l'hypnotisme, mais des ictus rudimentaires, et que les symptômes cataleptiformes, observés au début, ont été indiqués par les auteurs comme éléments épileptiques ou post-épileptiques (Bœumler). Dans l'espèce, les pratiques de l'hypnotisation volontaire chez un individu à prédisposition héréditaire ont altéré directement sa santé ; ce dommage s'est d'abord traduit par un état de nervosisme général que relate le malade (exemple conforme à ceux de Bœumler, Drosdow, Heidenhain, Finkelnburg, Wiebe, Holst) et qui a favorisé la genèse de l'épilepsie. On note encore chez lui, que chaque accès de petit-mal est, à une certaine période de l'évolution morbide, en rapport avec certaines influences psychiques, et peut être produit volontairement par les influences en question, ainsi quand il pense à l'hypnotisation et à son état pathologique. Alors que le début de sa maladie remonte à la contemplation d'objets brillants, ceux-ci ne provoquent aucun accident dès que l'épilepsie convulsive est constituée et, tout à fait à la fin, l'épileptogénie volontaire disparaît elle-même (voy. Delasiauve, Westphal, Fischer, Mendel, Siemens, Gowers, Bœumler). L'évolution, la constatation de la modalité des accidents (perte de connaissance absolue) et de leurs caractères (voy. le texte) élimine, d'après M. Mercklin, le diagnostic d'hystérie. Le malade est encore en observation. P. K.

LIV. Une remarque relative a l'épilepsie alcoolique ; par Mœli (*Neurol. Centralbl.*, 1885).

Magnan dit qu'il faut incriminer l'absinthe dans l'épilepsie des buveurs. Or, à Berlin, parmi les individus séquestrés pour alcoolisme, le chiffre des épileptiques paraît être bien supérieur à celui de Paris ; la proportion serait de 1/3 à 2/5 (Westphal, Fuerstner et Mœli), alors qu'à Paris elle comporte 5 à 8 p. 100 (Magnan et Bouchereau). De là l'idée de dresser une statistique relative au genre de boissons alcooliques ingérées. En éliminant de ce relevé les malades qui, avant l'intoxication, ont été en proie à des troubles nerveux, ou chez lesquels d'autres causes ont pu provoquer l'épilepsie, l'auteur arrive à collecter 600 cas sur lesquels 420 faits comprennent des indications formelles à l'égard du genre de boisson exclusivement absorbé.

De ce tableau, dans lequel les forts buveurs sont ceux qui quotidiennement consomment pour 30 pfennigs, soit 40 cen-

times d'alcool, nous extrayons que le vin et la bière sont relativement moins nocifs (1 épileptique seulement sur 21 observations; puis vient le Kümmel pur, la moins nuisible des boissons alcooliques(3 épileptiques sur 20 buveurs); les accès d'épilepsie se sont principalement montrés chez les buveurs d'eaux-de-vie saturées de plantes amères ou aromatiques (14 épilepsies sur 30). P. K.

LV. Sur les signes de dégénérescence dans la folie; par Frœnkel (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII, 1).

Revue critique dont voici les *conclusions*. Les signes de dégénérescence offrent la plus grande importance surtout en justice; il faut, dans les rapports, insister sur ces éléments d'appréciation tout matériels, principalement lorsqu'il s'agit des criminels qui appartiennent au vaste domaine de la débilité mentale congéniale. Il faudrait seulement que les magistrats se convainquissent de la valeur de toutes les anomalies de formation ou signes physiques de dégénérescence (adhérence du lobule de l'oreille, obliquité et asymétrie de la face, incurvation, surnumérariat, des doigts et des orteils, goître, etc.). En effet Knecht n'a-t-il pas signalé que parmi 41 forçats atteints d'insuffisance intellectuelle il y avait 2 idiots très avancés, plusieurs imbéciles épileptiques, 11 déments séniles. Le temps viendra toutefois où tout le monde se ralliera à cette devise : « Mind is body ». P. K.

LVI. Note sur un cas d'epilepsie congestive; par M. Truc, interne des hôpitaux. (*Lyon méd.*, 1885, t. XLVIII.)

Le sujet de cette observation est un prêtre, âgé de trente-cinq ans, porteur d'hémorrhoïdes. Lorsque celles-ci donnent lieu à un écoulement sanguin, à peine constate-t-on quelques absences, mais le flux habituel se supprime-t-il, aussitôt, des crises d'épilepsie apparaissent. Enfin toutes les fois qu'on provoque une déperdition sanguine ou séreuse, l'amélioration se manifeste.

Telles sont les raisons sur lesquelles l'auteur s'appuie pour admettre qu'il s'agit d'une épilepsie d'origine congestive.

G. D.

LVII. Cas d'épilepsie traités par le borax; par Ch.-F. Folsom.

Quoique le nombre des remèdes proposés pour l'epilepsie soit considérable, la plupart des médecins accordent la préférence aux bromures, dont l'emploi produit souvent de l'amélioration,

quelquefois la guérison. Mais leur usage s'accompagne souvent d'inconvénients nombreux, quelle que soit la préparation qu'on emploie. Ils ôtent l'appétit, donnent de la débilité mentale et physique, de l'amaigrissement, de la fatigue musculaire, et même parfois l'exagération des convulsions. Le nombre des remèdes proposés pour les remplacer est considérable. L'auteur parlera du *borax*, essayé dans quelques cas à l'hôpital des épileptiques et des paralytiques de Londres, et qu'il essaye depuis trois ans :

1er *cas*. Femme, trente ans, intelligence conservée. Ses accès tombent de 36 en 1875 à 6 en 1882, en suivant une marche progressivement décroissante. — 2e *cas*. Sur une femme de trente-six ans. La décroissance est moins nette. Le tableau des accès relevé par mois, donne des résultats moins nets. Le bromure diminuait les attaques, mais le petit mal redoublait. Le borax a paru donner quelquefois de la diarrhée, mais il ne produit pas l'affaiblissement nerveux des préparations bromées. — Les *doses* employées ont été, au début, de dix grains trois fois par jour, jusqu'à la dose maxima de 30 grains trois fois par jour. (*Boston med. sur jurg. Journal*, 18 fév. 1886.) P.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 12 avril 1886.

PRÉSIDENCE DE M. SÉMELAIGNE.

Le PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses anciens présidents M. Legrand du Saulle, décédé récemment, et propose de lever la séance en signe de deuil. — La proposition est acceptée par acclamation.

Séance solennelle.

PRÉSIDENCE DE M. SÉMELAIGNE.

La Société décide qu'en raison du deuil qui vient de la frapper, le banquet annuel n'aura pas lieu.

MM. Féré, Briand, Charpentier, donnent lecture de leurs rapports sur les prix Belhomme, Esquirol, Moreau (de Tours) et Aubanel. Les noms des lauréats sont proclamés. (Voir le n° 34, p. 134.)

Séance du 31 mai 1886.

PRÉSIDENCE DE M. SÉMELAIGNE.

M. DELASIAUVE communique le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bourdin, dont la mort vient d'être annoncée en termes émus par le Président.

M. RITTI donne lecture d'un mémoire sur la *curabilité de la démence* qui lui a été adressé par M. Kowaleski.

Cette communication soulève une discussion à laquelle prennent part MM. Motet, Magnan, Christian et Delasiauve, d'où il résulte que la Société, ne pouvant l'argumenter en l'absence du présentateur, il y a seulement lieu de faire des réserves sur le fond même du mémoire.

M. DUFOUR envoie une note pour contribuer à l'étude des guérisons de la folie par l'hypnotisme.

Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite de la discussion).

M. CHRISTIAN. Au point où en est arrivé la discussion qui a déjà rempli plusieurs de nos séances, tout ou presque tout a été dit, et j'en suis presque à regretter l'imprudente promesse que j'ai faite de venir, moi aussi, m'engager dans le débat. Après l'exposé magistral de M. Magnan, auquel M. Falret a donné l'appui de sa parole convaincue et autorisée, vous avez entendu les objections de MM. Cotard, Charpentier et Bouchereau. Quels arguments nouveaux pouvais-je vous apporter? Il m'a semblé cependant que nos divergences ne sont pas aussi profondes, en réalité, qu'elles le paraissent au prime abord et que, dans le problème si complexe dont nous discutons les termes, il y a une partie clinique sur laquelle nous sommes bien près de nous entendre et une partie étiologique plus sujette à controverse.

Après s'être étendu sur la question, M. Christian combat surtout le terme *héréditaire*. L'hérédité ne lui semble pas avoir une influence aussi générale qu'on est tenté d'admettre. C'est, selon lui, un facteur étiologique important, mais dont il faudrait limiter et surtout préciser la sphère d'action. Ils croient que, si l'on n'y prend garde, l'hérédité devienne quelque chose de vague, de flottant, d'insaisissable, qu'on invoquera d'autant plus facilement

qu'elle échappera à toute délimitation rigoureuse. Il faudrait savoir limiter son rôle à l'état du père au moment de la conception, ou à celui de la mère pendant la grossesse, car c'est là que l'on trouve la cause principale des dégénérescences, du moins de celles qui, en existant au moment de la naissance, peuvent être qualifiées d'héréditaires.

Régulateur automatique de la température des liquides. Présentation d'appareil.

M. Briand, après avoir exposé toutes les tentatives faites en France et à l'étranger par les médecins d'asile pour régler automatiquement la distribution de l'eau chaude dans les baignoires et éviter ces terribles accidents qu'on a souvent signalés par suite de la négligence du personnel des bains, présente un appareil destiné à maintenir constante la température des liquides. Cet appareil construit sous son inspiration par M. André, ingénieur en chef de la Société des ateliers de Neuilly, est actuellement à l'exposition de la Société d'hygiène ; il repose sur la propriété qu'ont les métaux de se contracter ou de se dilater suivant qu'on abaisse ou élève leur température et est par conséquent automatique. Il peut se régler à volonté suivant le nombre de degrés qu'on veut obtenir et, donnant dans la pratique de bons résultats, il permet d'espérer que maintenant les aliénés ne risqueront plus d'être échaudés dans leur baignoire. M. B.

Séance du 28 juin 1886.

Présidence de M. Sémelaigne.

Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite de la discusion).

M. Magnan. Les intéressants commentaires que vous avez entendus dans les précédentes séances, montrent combien la question était importante. Malgré les objections qui ont été soulevées, je pense que nous ne tarderons pas à nous entendre et alors l'accord ne sera pas loin de se faire entre nous sur ce que l'on désigne du nom de vésanies.

Je vais d'abord m'expliquer avec M. Falret qui me reproche de trop étendre le cadre des folies héréditaires et d'y faire entrer des êtres anomaux n'offrant que quelques bizarreries sans conséquences graves. Si cependant nous les examinons de près nous retrouverons chez eux des caractères atténués, mais analogues à ceux que nous observons communément chez les vrais aliénés héréditaires. Quel sera alors la limite ? Prenons par exemple un déséquilibré qui, à un moment donné, projette impulsivement *un mot*

qu'il ne peut retenir, et comparons-le à celui qui projette *un coup* et frappe sans raison un passant inconnu. Ne verrons-nous pas là deux phénomènes analogues? Ne sont-ce pas là deux malades presques identiques? Comparons un *onomatomane* qui recherche avec angoisse et sans trève ni merci un *mot*, à un *dipsomane* qui recherche avec la même fureur une *boisson*. L'un et l'autre sont à la poursuite d'une sensation qui doit remettre momentanément un terme à leur désir. Ils appartiennent donc tous les deux à un même groupe. Si j'ai aussi poursuivi mon enquête sur ces gens classés dans ce qu'on appelle les frontières de la folie en commençant par les idiots, pour continuer par les imbéciles et les faibles d'esprit, c'est pour faire mieux comprendre, par l'étude des derniers l'état mental des autres.

L'avantage de cette méthode c'est que l'on a pu réunir dans un même cadre des malades à manifestations différentes, mais reliés entre eux par un caractère commun, qui n'est autre qu'un état héréditaire et de pouvoir ainsi, par l'examen facile des uns, s'expliquer l'attitude des autres.

La clinique nous offre du reste parfois plusieurs de ces syndromes réunis chez le même individu. Rappelez-vous de cette malade que je vous ai présentée. Elle ne pouvait réprimer certains mouvements, ni retenir certains mots grossiers; elle riait ou pleurait alors que son état normal du moment était en opposition avec ses rires ou ses pleurs. A d'autres moments c'étaient des discours intarissables qu'elle prononçait malgré elle, ou bien encore elle avait des impulsions homicides et des observations génésiques. Il ne lui manquait rien.

M. Cotard me cherche, comme il le dit lui-même, une querelle de mots, mais sous cette apparence modeste son argumentation ne cache rien moins qu'une discussion de doctrine rondement menée. Pour ma part j'accepte très volontiers le mot de *dégénérés* qu'il me propose pour désigner ce groupe d'individus dont nous nous occupons; mais pourquoi ne pas nous servir du terme d'*héréditaire* qui est impropre, j'en conviens, mais qui a l'avantage d'être employé par tout le monde, y compris M. Falret. Pour éviter toute confusion et pour satisfaire tout le monde, appelons, si vous le voulez cet état: *folie des héréditaires dégénérés*. M. Cotard me reproche aussi d'établir une doctrine d'après laquelle un ascendant donnerait naissance à un être dissemblable. Il n'en est pas toujours ainsi. J'ai observé une dame toujours à la poursuite d'un mot et dont le père offrait la même bizarrerie. Vous connaissez aussi cette dame qui toute la nuit tourmente son mari par des discours sans suite; son père obligeait de même sa femme à l'entendre des heures entières. L'impulsion à faire des acquisitions inutiles se retrouve souvent chez plusieurs membres de la même famille. J'ai encore dans mon service un homme qui

a une passion pour les tabliers blancs; sa mère adorait les rubans rouges. Morel enfin rapporte l'histoire d'un père et de sa fille qui ne pouvaient toucher à un chien ni à un chat. Il faut bien accorder à ces faits une influence qui justifie l'expression d'*héréditaires*. M. Cotard pense enfin que c'est à la précocité du début des accidents qu'on doit attribuer la bizarrerie des impulsions et il m'oppose des cas choisis dans la pathologie ordinaire. Ses exemples n'infirment pas ma théorie; et j'espère qu'il admettra avec moi qu'un enfant qui, dès l'âge de cinq ans, a des érections à la vue d'une tête de vieille femme et qui plus tard est obligé d'invoquer cette image pour cohabiter avec sa femme est un être dont l'hérédité seule a pu altérer sitôt la conformation normale.

La critique de M. Charpentier nous reproche surtout, à M. Falret et à moi, d'avoir réuni sous la même étiquette plusieurs formes de folies disparates. Qu'il se rassure, nous n'avons jamais eu l'intention de mettre tant de choses dans la folie des héréditaires. N'y entre pas qui veut ! Je me range à l'opinion de M. Bouchereau qui fait intervenir à juste titre, pour expliquer l'explosion d'un délire aussi prématuré, les maladies de la grossesse; mais il existe aussi d'autres causes.

Enfin vous avez entendu la magnifique plaidoirie de M. Christian en faveur de M. Cotard. Il ne conteste pas l'influence de l'hérédité ; mais il voudrait la limiter à l'état intellectuel du procréateur au moment de la conception; car tous les aliénés sont, dit-il, entachés d'hérédité, et, pour faire une classe spéciale de quelques-uns, il faudrait leur accorder des caractères spéciaux. Ce n'est là qu'un petit côté de la question ; peu importe pour la doctrine que l'influence pathologique se fasse sentir dans telle ou telle condition. L'important, c'est qu'elle existe. Pour ce qui est des caractères spéciaux aux héréditaires, ils existent : ce sont ceux accordés par Christian aux dégénérés et je me suis déjà mis d'accord avec lui en acceptant pour nos héréditaires le qualificatif de dégénérés.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 15 juin 1885 [1].

M. LŒHR, *senior*, ouvre la séance en se faisant l'interprète des collègues qui n'ont pu assister à cette réunion. Il résume les

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 265.

actes de l'année sociale qui vient de s'écouler, et invite l'assemblée à élire un nouveau président. Il est renommé par acclamation.

M. Mendel, empêché, ne peut faire la communication qu'il avait annoncée sur l'*épilepsie jacksonienne et la folie*.

M. Knecht. *Des phénomènes catatoniques dans la paralysie générale*. — Dans ces dernières années, on a observé quelques cas de psychoses présentant, pendant leur évolution, tantôt le tableau de la paralysie générale, tantôt celui de la catatonie au sens de Kahlbaum [1].

On en peut distinguer deux groupes : Le premier groupe est caractérisé par la manifestation dès le début et pendant les quelques mois qui suivent du syndrôme de la stupeur mélancolique très net, puis, soudain se montrent des symptômes d'une paralysie générale rapidement progressive qui termine la vie du malade. Dans le second groupe, nous trouvons d'abord l'aspect clinique de la paralysie générale ultérieurement remplacée par des accidents catatoniques entrecoupés d'attaques congestives répétées; ici la marche est extraordinairement traînante; dans le seul cas qui jusqu'ici ait terminé son évolution, la mort résulta d'une affection intercurrente, et malgré toute l'habileté des aliénistes consommés, dans la pluralité des faits, il a été impossible d'établir un diagnostic et un pronostic convenables.

L'auteur communique les détails relatifs à deux observations du premier groupe dans lesquelles le dernier épisode, rapproché de l'examen nécroscopique, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale finale. Mais avait-on affaire à une paralysie générale complicatrice d'une stupeur, ou les deux aspects cliniques doivent-ils être tenus pour des stades successifs d'un même processus? Dans l'une des observations (la seconde) on ne saurait méconnaître, en serrant de près l'histoire du malade, la cohérence, l'enchaînement de l'ensemble des échelons de la maladie. Si en effet, l'on fait abstraction d'un premier accès d'agitation qui eut lieu en 1881 et ne dura que cinq semaines (quelques idées de persécution concomitantes), on a eu sous les yeux, depuis janvier 1883 jusqu'au 27 août 1884, un processus continu dépourvu de toute espèce d'intermittence ou de rémission, dont la terminaison a été une démence paralytique caractéristique. La première observation se présente moins nette en ce qui concerne le rapport de chacune des phases de l'ensemble morbide; il est incontestable qu'on y rencontre une longue rémission, de plus d'une année, mais il suffit de la rapprocher cliniquement de la seconde observation, pour être obligé de considérer l'en-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 265.

semble de la marche de la maladie, comme sous la dépendance du même processus. Car dans les deux cas la psychopathie commence par une courte agitation accompagnée d'idées délirantes mélancoliques, puis s'effectue une rémission assez longue qui semble complète, après laquelle reparaît une lypémanie vraie avec profonde stupeur; cette lypémanie stupide dure assez longtemps, s'améliore ensuite rapidement ainsi que dans la catatonie-type de Kahlbaum, et paraît guérie (1re observation) ou laissée à sa suite un évident affaiblissement intellectuel (2e observation); voici alors qu'interviennent les éléments symptomatiques de la paralysie progressive, la déchéance psychique et physique marchent à pas de géants, le patient succombe en quelques mois. Cette graduelle et successive aggravation des épisodes dans les deux faits témoigne du rapport intime qui lie les phases les unes aux autres, et celles-ci à un processus pathologique univoque. Il importe aussi d'insister sur la présence des phénomènes catatoniques tels que les a décrits Kahlbaum, même au cour du dernier stade de paralysie générale : telles sont la répétition prolongée de séries de mots sonores et les promenades circulaires de ce genre d'aliénés. Il est d'ailleurs impossible de saisir les éléments pathologiques qui permettraient à un stade précoce de prévoir l'issue finale, quoique, dans la première observation, on constate un trouble profond de la sensibilité générale (le malade se croit pourri, il n'a pas de tête) et dans le second fait, une angoisse à motif grotesque (crainte d'être dévoré vivant), tous phénomènes indicateurs d'une notable perturbation des fonctions encéphaliques.

Passons maintenant à deux observations du second groupe : début par des symptômes de paralysie générale, et plus tard catatonie typique avec attaques congestives intercurrentes. Symptômes connus aux deux cas : d'abord, dépression mélancolique précédée, dans la première observation, d'accès vertigineux; puis, agitation modérée avec idées de grandeurs mobiles et fréquents changements d'humeur immotivés; ce stade est hanté, chez le premier patient, par une paraplégie spinale aiguë; chez le second, par une légère attaque congestive. Le premier fait se fait remarquer par l'ensemble des signes de la catatonie typique de Kahlbaum : mutisme, isolement, promenades constantes sur le même chemin à pas raides, les épaules élevées, la bouche souvent effilée en forme de groin, va et vient en reniflant bruyamment, port du bras gauche fléchi à angle droit; souvent, pendant des heures entières le malade lui imprime des secousses tandis qu'il exécute avec les jambes des mouvements de fronde, enfin, la raideur croissant, il conserve longtemps les attitudes qu'on lui impose et doit être incité à s'alimenter. Dans le second cas, on reconnaît aussi la catatonie bien marquée dans ses traits princi-

paux, malgré l'affaiblissement psychique précoce du patient; ce malheureux demeure assis raide et figé, il s'oppose et résiste à toute modification de situation qu'on veut lui imprimer, il tient sa bouche avancée en forme de trompe, ses pupilles rigides et immobiles sont fortement dilatées; de temps à autre, son corps et sa face sont secoués par des tremblements convulsifs qui parfois ne se manifestent qu'à gauche, quelquefois aussi légèrement agité, il se promène à grands pas et imprime à ses mains rapprochées l'une de l'autre des mouvements perpétuels de torsion. Sa trompe buccale exécute également des mouvements de mastication. Après une durée de quatre ans, il se produisit brusquement chez le premier aliéné un ictus apoplectiforme grave, suivi de déchéance psychique et somatique profonde et d'hémiparésie droite assez tenace; il semble qu'on assiste au stade terminal de la paralysie générale, et cependant tout disparaît presque complètement, une rémission totale se manifeste, si bien que la mort n'a lieu que cinq ans plus tard de pthisie pulmonaire au milieu de la déchéance la plus complète, sans qu'il soit survenu de paralysie généralisée. Le manque presque absolu de lésions cérébrales, la durée et les phénomènes principaux de l'évolution morbide permettent à peine de regarder la première observation comme une paralysie générale, c'est plutôt un cas de catatonie ou si l'on préfère une autre terminologie de vésanie systématique avec stupeur modifiée, par intervalles, par des lésions intercurrentes; c'est ainsi que la paraplégie spinale brusque des premiers mois devrait, conformément au cas récent de Hitzig[1], être rattachée, quoique la moelle n'ait pas été examinée, à une hémorrhagie des méninges spinales, quant à l'hémiparésie tardive, elle ne se rapporte certainement pas à un épanchement sanguin (aucun signe nécroscopique). Dans le second cas, la rapidité de la démence, l'absence du phénomène du genou, l'immobilité pupillaire permanente, sont en faveur d'une paralysie générale très probable quoique pour le moment (le malade n'est pas mort) l'ensemble des symptômes rappelle au premier abord la catatonie. Remarquons enfin l'âge relativement peu avancé des malades du second groupe à l'époque où ils furent atteints (vingt-six et trente et un ans) tandis que, dans le premier groupe, il s'agit de l'âge classique des paralytiques généraux (trente-quatre et trente-cinq ans).

Discussion :

On s'inquiète surtout de savoir si *la catatonie forme un type morbide autonome.* Non, disent MM. Frœnkel et Ideler, car les

[1] Voy. Congrès des naturalistes et médecins de Magdebourg, 1884. (*Archives de Neurologie.*)

paralytiques généraux groupent, enfilent sans cesse les uns aux bout des autres des mots dépourvus de sens (Frœnkel); les cas de catatonie seraient donc des cas de paralysie générale prolongée (Ideler).

M. Jastrowitz. Il n'y a que les émotions psychiques de nature anxieuse qui ne procèdent pas des états catatoniques.

M. Edel. La rigidité catatonique des muscles est un symptôme qui se montre aussi en d'autres cas.

M. Knecht. Il existe cependant des formes mixtes dans lesquelles il est difficile de distinguer s'il y a catatonie ou paralysie générale.

M. Vogelgesang. Une paralytique générale s'adonnait à l'excès à la répétition de mots dépourvus de sens.

M. Jastrowitz. C'est là une observation fréquente dans la paralysie progressive avancée.

M. Lœhr, *senior*. La catatonie, d'après son expérience, ne se montre pas autonome ; elle n'entraîne un pronostic fâcheux que lorsqu'il s'y ajoute des signes de paralysie générale.

M. Hans Lœhr. *Action du système de traitement de Mitchell Playfair sur le bilan physiologique de la nutrition.* — Pour provoquer l'élaboration des aliments dont on multiplie l'ingestion, dans ce procédé, il faut faire intervenir le massage et l'électricité. L'auteur a examiné l'influence de ces deux agents chez deux individus physiquement bien portants auxquels on administrait une nourriture constante, principalement liquide ; il a trouvé que les effets de la faradisation échappaient à l'analyse. En revanche, ceux du massage étaient extrêmement nets ainsi qu'on le peut voir d'après les tableaux qui montrent la surexcrétion d'urine, d'urée, d'acide sulfurique et phosphorique, et de chlore. Ce travail sera publié plus tard, de concert avec d'autres recherches ultérieures.

Discussion :

M. Knecht. Il est très intéressant de comparer les faits de massage précités qui concernent le massage d'organes normaux chez des aliénés, avec ceux qui ont trait au massage chirurgical. Il convient d'insister sur l'hyperexcrétion d'urée qui suivent le massage pratiqué pour des exsudats de la cavité abdominale.

M. Lœhr, *senior*. Et les pesées du corps entier ?

M. Hans Lœhr. Dans un cas on a pu établir un accroissement de poids de 3 kilogr. ; dans un autre cas, au bout de 8 jours le malade avait diminué de 1 kilogr.

M. Vogelgesang. *De la cannabinone*[1] Les parties constituant

[1] Comparer avec les travaux sur le même sujet dans les *Archives de Neurologie*.

l'action du chanvre indien sont : une résine neutre (cannabine ou haschischine) et une huile liquide composée de deux carbures d'hydrogène, le cannabène et l'hydrate de cannabène. Bombelon extrait du chanvre indien une préparation qu'il appelle cannabinone ; d'après ses indications, ce produit est la partie du composé cannabique auquel il convient d'attribuer le maximum de l'action narcotique véritablement surprenante. Elle a la consistance d'une résine liquide, ne contient ni matière grasse, ni chlorophylle, ni sels, possède une odeur caractéristique, un goût amer et râcle la gorge; insoluble dans l'eau, elle se dissout aisément dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'huile, la graisse (solution or-brun) et se divise fort bien dans la poudre de café. Les tablettes de Bombelon se composent de 9 parties de café en poudre et de 1 partie de cannabinone. M. Bombelon nous a donné pour nos recherches en injections hypodermiques une solution constituée par : cannabinone, 1 partie ou 2 parties ; huile d'amandes douces, 9 parties. Le médicament a été essayé dans ces conditions à la section des femmes de l'asile de Dalldorf depuis le mois de novembre de l'année dernière jusqu'à ce jour sans discontinuer. On l'a d'abord fait absorber sous deux formes à l'aide d'injections hypodermiques et par la voie gastrique ; mais, à présent, depuis longtemps il est exclusivement administré par l'estomac. En effet, l'injection hypodermique à des doses maximum de 0,20 produisait une irritation du tissu cellulaire et de la peau fort tenace quoique sans occasionner de douleurs (8 femmes). Pour l'administrer à 52 femmes d'âges variés, atteintes de différents états d'agitation (chronique ou maniaque aiguë) on employa la formule suivante : cannabinone 3 gr.; huile d'olives 150 gr. On put ainsi administrer à la fois 0,15 à 0,60. Généralement si la dose de 0,30 est devenue sans effet on n'a rien à attendre d'une quotité plus élevée. Le résultat le plus favorable fut obtenu dans les angoisses d'une hystérique accusant des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et tendant au suicide ; on les évite en maintenant la malade au lit dès le début de l'agitation, et en lui donnant 0,30 à 0,60 de cannabinone ; un quart d'heure à une demi-heure à la suite de l'administration, il se produisit un sommeil calme, prolongé, durant souvent jusqu'à cinq heures, puis la patiente se réveille en paraissant très fatiguée pour être reprise bientôt d'un sommeil assez prolongé. Cette hystérique, dans un intervalle de pleine lucidité, raconta que un quart d'heure après l'ingestion médicamenteuse elle sentait ses membres lourds, puis c'était le tour de sa tête; il lui était impossible d'ouvrir les yeux, elle était prise d'une lassitude effrayante, se croyait ivre; sa langue était quasiparalysée, sa parole difficile; elle éprouvait le sentiment bizarre de l'éloignement des objets et chancelait. Sa bouche était tellement remplie de salive qu'elle

exécutait une série de mouvements de déglutition, mais la gorge demeurait sèche; finalement elle s'endormait tout doucement, sans rêves ni vision. Elle conclut que la cannabinone est le plus agréable de tous les agents hypnotiques de la pharmacie qui lui aient été administrés. Ces assertions ont été confirmées par d'autres aliénés intelligents. En outre, une gardienne en chef après avoir pris 0,15 s'est sentie d'humeur excessivement gaie; surexcitée, elle a d'abord constaté que le mécanisme de la pensée s'opérait plus facilement; puis une série de conceptions l'ont assaillie confusément; à la suracuité visuelle et auditive a succédé l'apparition de globes lumineux ascendants et descendants, de montagnes, animaux, fantasmagories bizarres de toute espèce; un bruissement intense s'est manifesté dans les oreilles, il lui a été impossible de lever les bras, une légère timbale lui paraissait lourde comme un broc en zinc et les membres eux-mêmes ayant acquis la pesanteur du plomb; bientôt son corps semble ceint d'une sangle, elle ne peut parler et n'ouvre les yeux qu'avec peine, et tout en entendant ce qui se passe autour d'elle, est hors d'état de réagir d'une façon quelconque. Parmi les phénomènes accessoires désagréables il faut citer la toux, la brûlure à la gorge, quelques vomissements: ce dernier devrait être attribué au véhicule huileux et non au principe médicamenteux. C'est tout ce qu'il convient de relever en fait d'inconvénients. Les allégations de l'hystérique sus-énoncés ont été contrôlées de la manière que voici : on lui a sans le lui dire administré pendant plusieurs jours de l'huile pure. La cannabinone n'a comparativement rien produit chez une anxieuse mélancolique, pleurant, gémissant, s'agitant. Dans la lypémanie animée, la cannabinone n'a exercé aucun effet sur les idées délirantes, n'a pas calmé les patientes (Voy. Richter de Pankow)[1]. — Il ne serait pas prudent de vouloir substituer la cannabinone au poison des morphinomanes, parce que les sensations désagréables qui se montrent à la suite de son administration, sensations que tout individu non morphinomane déclare parfaitement supportables, prennent une allure tellement intense que l'avantage de la cannabinone est évidemment douteux. Voici par exemple une tabétique accoutumée à de hautes doses de morphine; pendant quatre jours, le soir, on substitue à l'injection de morphine une injection de cannabinone; la malade demande alors qu'on ne la torture pas et tente de s'étrangler. Une autre malade jadis habituée à l'absorption de 0,075 de morphine, qui avait déjà subi les commencements du sevrage, si bien qu'on ne lui en injectait plus que 0,015 consent à la remplacer par 0,30 de cannabinone; elle refuse de continuer cette substitution parce que, suivant elle, le sommeil

[1] Voy. *Arch. de Neurol.*

qui succède à la morphine est bien plus calme, tandis qu'après la cannabinone l'air lui manque complètement, elle se sent sur le point de mourir; ces plaintes persistent tout le lendemain : il est juste d'ajouter qu'elle ne sait pas qu'on a abaissé sa forte dose de morphine. La plus grande prudence, et même l'abstention s'imposent chez les cardiaques. Une cardiaque après avoir reçu 0,075 c'est-à-dire une très faible dose, en une fois est prise d'un collapsus qui oblige à une médication excitante.

En somme, la carmabinone, innocente chez l'adulte, dans les proportions indiquées, possède une extrême activité chez les sujets très anémiques, dont l'activité cardiaque apparaît faible, ainsi que chez les vieilles gens. A ces individus il suffit souvent de prescrire le soir avant le coucher, 0,30 pour les faire dormir la nuit et, le jour suivant jusqu'au soir, incapables de rien, de quitter leur couche, on les voit, si contre leur gré, on les force à se lever, chanceler, prendre d'assaut le premier siège vacant où ils s'endorment presque sur-le-champ ; leur aspect est celui de gens n'ayant point suffisamment dormi, la parole est encore lourde. Bien que la cannabinone ne soit pas appelée à occuper parmi les hypnotiques un rang égal à celui qu'occupent la morphine et le chloral, il faut l'introduire dans notre arsenal thérapeutique, parce que, à la dose moyenne de 0,30 chez les aliénées, et de 0,10 chez les individus sains d'esprit, elle fournit, en bien des cas, un résultat qui contente patients et médecins. Un insuccès vous laisse toujours le champ libre à l'égard du choix d'autres narcotiques. Mais la cannabinone mérite d'être essayée ; elle est, d'ailleurs acceptée volontiers de la plupart des aliénés quand ils se sont habitués au véhicule huileux.

Discussion :

M. FALK. Quels sont les cas d'aliénation mentale dans lesquels le médicament doit être employé ?

MM. VOGELGESANG et IDELER. Il est à employer dans l'hystérie.

M. LŒHR *senior*. Usez-en dans tous les cas où un hypnotique doux est indiqué.

M. MUELLER. Combien de fois faut-il répéter la dose de 0,30 ?

M. VOGELGESANG. On peut atteindre dans vingt-quatre heures 0,80; mais, généralement, quand 0,60 n'ont déterminé aucune action, il convient de ne pas pousser la quantité plus haut.

M. GUTTSTADT communique l'*histoire d'un individu amené d'office à l'asile d'Hildesheim, qui y vécut huit ans sans qu'on ait jamais rien pu savoir sur sa personnalité civile et sa nationalité*, malgré les moyens d'information dont on dispose. On l'avait trouvé le 18 octobre 1876, dans la rue du village de Wendhausen, près Hildesheim. C'était le matin de bonne heure, il avait plu forte-

ment pendant la nuit et les chemins étaient boueux, cependant ses vêtements et ses chaussures étaient secs et propres, il avait donc dû être transporté la nuit en voiture. Il ne parlait aucune langue. Age apparent : trente ans. Les traits de son visage dénotaient peu d'intelligence, mais il connaissait les monnaies, désignait les pièces qu'on lui demandait, entendait correctement, comprenait tous les mots et se montrait aussi accommodant qu'assidu aux occupations intérieures et aux travaux des jardins. Mais impossible de le faire parler. On eut beau expédier sa photographie dans toutes les directions, prendre toute espèce d'informations, organiser mille enquêtes, on ignora toujours son lieu d'origine. On fut obligé de le désigner sur les actes et registres sous le nom d'inconnu, bien qu'il répondît au nom de Conrad. Bon travailleur, d'humeur et de caractère excellents et toujours égaux, très calme, il ne fut jamais agité. De temps à autre, son facies souriait et il remuait légèrement les lèvres. Il succomba à une pneumonie sans cesser, même pendant les derniers jours, de garder le silence et le mutisme. Il fallut sur les registres mortuaires le désigner sous le titre d'inconnu.

M. Jastrowitz. A l'instigation du comité d'enquête, institué par la Société de médecine interne, il importe de *colliger des renseignements sur l'occurrence de la tuberculose chez les aliénés.*

M. Falk fait la notion suivante : Les membres de la société sont invités à fournir un *rapport* sur les cas qui leur sont personnels, en ce qui concerne l'*application effectuée du paragraphe de la loi,* relatif au « *transport dans un asile public des prévenus dont l'affaire s'instruit, afin d'examiner leur état mental au besoin pendant six semaines* ». Quel *résultat* a donné cet examen dans ces conditions? — L'assemblée décide qu'on demandera à M. le ministre de la médecine de vouloir bien inviter le bureau royal de statistique à procurer les matériaux nécessaires à la solution de cette question, matériaux empruntés aux données statistiques des asiles d'aliénés. Il n'est pas hors de propos de rappeler que le § 81 du *Strafprocessordnung fur das deutsche Reich* du 1er février 1877, est ainsi conçu :

En ce qui concerne la préparation d'un rapport sur l'état mental de l'inculpé, le tribunal, peut sur la proposition d'un spécialiste compétent et après avoir entendu la défense, ordonner que l'inculpé soit transféré dans un asile public d'aliénés où il sera mis en observation. Quand l'inculpé n'a pas d'avocat on lui en constituera un. La séquestration dans l'établissement ne devra pas dépasser six semaines.

Dès que ces matériaux seront prêts, M. Guttstadt voudra bien écrire un rapport sur le sujet.

La séance est levée à cinq heures et demie (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLII. 4). P. K.

VARIA

Distribution des prix a l'école départemntale d'infirmières et d'infirmiers a l'asile clinique (Sainte-Anne).

La distribution des prix aux élèves de l'Ecole d'infirmières de Sainte-Anne a eu lieu le 25 août, sous la présidence de M. le Dr Bourneville, député de la Seine, membre de la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine. Il était assisté de MM. Roux, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine ; A. Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance; Dr Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne. Nous avons remarqué dans l'assistance : MM. Davoust, conseiller municipal, Drs Bouchereau, Magnan, Quesneville, Dubuisson, Wallon, Barroux, directeur de l'asile de Villejuif, les internes de l'asile, etc., etc.

Après avoir ouvert la séance, M. le Dr Bourneville a prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

L'Assistance publique de Paris, comprend: 1° Les bureaux de bienfaisance chargés de distribuer les secours à domicile pour les malades, les enfants, les nourrices, les infirmes et les vieillards; — 2° Les hôpitaux destinés au traitement des maladies aiguës; — 3° Les hospices consacrés aux personnes atteintes de maladies chroniques et aux vieillards ; — 4° Le service des enfants assistés. Elle devrait comprendre aussi le service des aliénés; mais il y a une douzaine d'années, pour des raisons théoriques, le Conseil général a distrait ce service de l'Assistance publique et l'a placé à la Préfecture de la Seine, tout en conservant trois sections d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière. Les partisans de la séparation auraient même voulu supprimer ces sections renfermant, selon les circonstances, 15 à 1,800 aliénés des deux sexes.

Un homme qui a exercé une influence néfaste en ce sens, feu l'inspecteur Lunier, était parvenu à faire supprimer deux sections à la Salpêtrière. Peut-être aurait-il réussi complètement si l'on n'avait réfléchi aux difficultés de placer ailleurs ces nombreux malades.

Cette mesure est regrettable à différents points de vue; nous ne

parlerons que de ceux qui vous intéressent et qui justifient notre brusque préambule. En premier lieu, si les asiles d'aliénés dépendaient de l'Assistance publique, la question de la *retraite* pour les sous-employés, les infirmiers et les infirmières, serait tranchée depuis longtemps ou même ne se serait pas posée: les uns et les autres en effet, vous auriez droit au *repos* ou à la *pension représentative*, comme tout le personnel secondaire de l'Assistance publique.

En second lieu, tandis qu'aujourd'hui encore, malgré nos réclamations réitérées, il ne vous est pas tenu compte de vos années de service dans les asiles, si, les quittant, vous entrez dans les hôpitaux; tandis que, de même, il n'est pas tenu compte aux infirmiers ou aux infirmières des hôpitaux qui viennent ici de leurs années passées dans les établissements de l'Assistance publique; si l'Assistance avait l'administration des asiles, il ne serait causé aucun préjudice ni à vous ni à vos camarades des hôpitaux, et toutes vos années de service vous profiteraient. C'est là une anomalie d'autant plus choquante, que, pour les employés qui vont de la Préfecture à l'Assistance publique ou inversement, les années passées dans l'une ou l'autre de ces administrations, sont valables pour la retraite.

Enfin, si le service des aliénés était resté dans les attributions de l'Assistance publique, il n'aurait pas été utile de créer dans cet asile une école d'infirmiers et d'infirmières, celles de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié auraient suffi. Tout au plus, y aurait-il eu lieu d'installer ici une école de perfectionnement. C'est parce qu'il y a en quelque sorte deux administrations de l'Assistance publique, que nous avons été amené en 1881 à demander au Conseil général la création de cette *École départementale d'infirmiers et d'infirmières.*

L'inauguration a eu lieu le 14 février 1882, sous la présidence de M. Ch. Floquet, alors préfet de la Seine et qui a voulu témoigner du vif intérêt qu'il portait à la laïcisation. L'école a fonctionné depuis lors, à peu près régulièrement. Vos chefs de service, aidés de leurs internes, se sont dévoués à votre instruction, car ils savent, eux, combien il leur est indispensable d'avoir de bons auxiliaires pour l'accomplissement de leur tâche. Les discours prononcés par M. Dagonet aux précédentes distributions des prix, discours qui résumaient l'opinion de tous ses collègues, le prouvait surabondamment. Cette nécessité d'avoir des auxiliaires sérieux, dévoués, instruits, connaissant tous les détails de leur profession, est hautement reconnue dans divers pays, non pas par quelques individus lités, mais par la généralité des médecins et des administrateurs. En Angleterre, par exemple, c'est de l'*Association médico-psychologique*. qu'est parti le mouvement en faveur de la création dans les asiles d'un enseignement profes-

sionnel spécial pour les infirmières et les infirmiers. C'est un comiténommé par cette association qui a fait le manuel, dont on se sert pour l'enseignement, manuel dont je me permettrai de vous envoyer la traduction.

Malheureusement, si la plupart des médecins aliénistes se plaignent de ne pas avoir le personnel capable, instruit et dévoué qu'ils souhaitent dans l'intérêt des malades, bien peu se préoccupent de l'obtenir. Il faut dire que les administrations n'ont pas paru jusqu'ici se faire une idée exacte des besoins, et se préoccuper, non pas d'innover, mais d'étudier ce qui se fait à l'étranger et de l'imiter. A Paris, l'administration préfectorale n'est pas encore suffisamment convaincue, elle a encore des hésitations. Nous espérons pouvoir les dissiper en nous appuyant sur votre travail, sur vos efforts, pour perfectionner votre instruction primaire, pour acquérir l'instruction professionnelle et aussi sur votre dévouement. Et quand la lumière sera faite dans tous les esprits, nous avons la conviction que conformément aux désirs exprimés par notre ami le Dr Bouchereau et par nous, c'est parmi les élèves de cette école que l'administration prendra toujours les sous-surveillants dont elle aura besoin. C'est ce que fait aujourd'hui M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et nous le répétons, c'est ce que fera l'administration départementale lorsque, débarrassée des restes du vieil esprit qui l'anime encore, elle sera enfin inspirée par le véritable esprit républicain.

Le but de cette école n'est plus de fournir un personnel pour remplacer les sœurs; c'est fait, puisque l'asile Sainte-Anne a été laïcisé le 1er janvier 1884; l'asile de Ville-Evrard le 1er janvier 1885; l'asile de Vaucluse le 1er juillet 1885 et que l'asile de Villejuif a été et sera donné au fur et à mesure aux laïques. Le but de cette école, aujourd'hui, c'est de donner de bonnes surveillantes aux asiles, chaque fois qu'il se produira des vacances; son but c'est de fournir à l'occasion de bons surveillants à l'asile de Villejuif concurremment avec l'école de Bicêtre, aux asiles de la province afin de les aider à se débarrasser des religieuses. C'est parce qu'elles n'ont pas le personnel convenable, nécessaire, que diverses administrations préfectorales de province hésitent à remplacer les religieuses de leurs asiles par des laïques. Pour les aider, il n'est pas trop de toutes les bonnes volontés et il convient d'appeler ici le plus possible d'élèves externes.

Ce serait un grand honneur pour le Conseil général, pour le préfet de la Seine, pour les médecins et le directeur de cet asile, pour la Commission de surveillance, si cette école devenait une pépinière féconde de sous-surveillantes instruites.

Travaillez avec courage et aidez-nous à réaliser partout, le plus vite possible, cette réforme si républicaine de la laïcisation de tous les établissements hospitaliers.

Après ce discours, très applaudi, M. le Dr Taule a pris la parole, et s'est exprimé en ces termes :

MESDAMES ET MESSIEURS,

J'assistais, il y a quelques jours, à la distribution des prix de l'école de la Salpêtrière, et nous constations tous avec plaisir le grand nombre des lauréates. Il n'y a pas de comparaison à établir entre cet établissement et celui de Sainte-Anne, dont les proportions sont beaucoup plus restreintes. C'est la meilleure excuse que je puisse donner de votre petit nombre. J'ai l'espoir qu'il augmentera l'année prochaine et que nous aurons à multiplier les récompenses. En attendant, je félicite ceux et celles d'entre vous qui ont répondu à notre appel. Ce faisant, je crois être l'interprète de vos maîtres, à qui vous devez la plus grande part de vos succès, de l'administration et du Conseil général, représentés ici par M. le directeur des Affaires départementales et par M. le conseiller Davoust, que je remercie en votre nom et au mien d'avoir bien voulu s'y rendre. Nous devons surtout des remerciements à M. le Dr Bourneville dont le précieux et puissant concours ne nous a jamais fait défaut.

Le Conseil général vous a de nouveau manifesté sa sollicitude cette année pour la création d'un cours d'instruction primaire à l'usage des infirmières et dont profitent ainsi quelques malades. Ce nouvel enseignement vous permettra de suivre avec plus de fruit les cours pratiques, dont quelques-unes d'entre vous s'étaient abstenues jusqu'à ce jour faute de connaissances élémentaires suffisantes. Il vous sera ainsi doublement profitable. J'espère que vous saurez vous en montrer reconnaissantes par votre assuidité au travail.

Je dois d'autant plus insister sur l'utilité de l'enseignement professionnel, qui vous est donné par MM. les internes en médecine et en pharmacie, que cet enseignement va vous devenir de plus en plus indispensable, car le diplôme d'infirmier et d'infirmière, récemment institué par le conseil municipal pour le personnel des hôpitaux de l'Assistance publique, deviendra bientôt exigible sans doute pour l'admission aux nouveaux emplois de sous-surveillants et de sous-employés. Vous ne devez pas trop vous préoccuper de cette mesure, qui n'a pas encore été mise en vigueur par M. le directeur de l'Assistance publique et qui ne vous est point applicable au moins pour le moment. Elle n'en aura pas moins pour résultat, au prix de l'autre, de rendre votre avancement plus difficile. C'est à vous de vous prémunir contre cette éventualité en vous y préparant par une bonne instruction professtionnelle.

Laissez-moi vous dire en finissant que cette instruction, si im-

portante qu'elle soit à nos yeux, ne primera jamais les qualités morales sans lesquelles il ne saurait y avoir ni bon infirmier ni bonne infirmière. Ces qualités sont avant tout la patience, la douceur et la bonté envers les malades. C'est en vous pénétrant de ces sentiments et par votre bonne conduite que vous remplirez dignement votre mission qui est des plus nobles, puisqu'elle vous donne chaque jour l'occasion d'alléger les souffrances de vos semblables. Envisagée à ce point de vue, votre tâche, parfois si dure et si répugnante, vous paraîtra légère et vous l'accomplirez avec plaisir, en vous attirant avec l'estime de tous, l'affection et la reconnaissance des malades.

Il a été procédé après ce discours à la distribution des prix, consistant en livrets de la caisse d'épargne et en livres.

FAITS DIVERS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS. — *Arrêté du* 15 *février* 1886. — Ont été promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1886 : A la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), M. le Dr FAUCHER, directeur médecin en chef de l'asile de NAUGEAT (Haute-Vienne); A la 1re classe de son grade (7,000 fr.), M. le Dr HOMÉRY, directeur, médecin en chef de Saint-Athanase (Finistère); A la 3e classe de son grade (5,000 fr.), M. le Dr LONGEAUD, directeur, médecin en chef de la ville de Rodez (Aveyron); Ont été promus à la 1re classe de leur grade (3,000 fr.); pour prendre rang à partir du 1er février 1886 : MM. les Drs GUILLEMIN, médecin adjoint de l'asile de Dôle (Jura); PARIS, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne et BELLAT, médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

Arrêté du 15 *mai* 1886. — M. le Dr FABRE, directeur, médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), est nommé directeur, médecin en chef de l'asile de Saint-Alban (Lozère), M. le Dr LONGEAUD, directeur, médecin en chef de l'asile de Rodez est nommé directeur, médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier. M. le Dr CAMPAN, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur, médecin en chef de l'asile de Rodez (Aveyron).

Arrêté du 20 *mai* 1886. — M. le Dr CAMUSET, directeur, médecin en chef de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), et promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

Arrêté du 22 *mai* 1886. — M. le Dr Dubief, conseiller général de Saône-et-Loire, est nommé directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Pierre, à Marseille, en remplacement de M. Cartoux, décédé, et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

Arrêté du 25 *mai* 1886. — M. le Dr Taguet, directeur, médecin en chef de l'asile des Lesvellec, près Vannes (Morbihan), est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.); pour prendre rang à partir du 1er mai 1886.

Arrêté du 25 *mai* 1886. — Ont été promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er février 1886 : MM. les Drs Schils, médecin ajoint de l'asile de Ville-Evrard; Maunier, médecin adjoint de l'asile d'Aix : Garnier, médecin adjoint de l'asile de Bailleul : Adam, médecin ajoint de l'asile d'Armentières; Brun, médecin adjoint de l'asile de Bron; Martinenq, médecin ajoint de l'asile de Saint-Yon et Fervre, médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues.

Arrêté du 1er *juin* 1886. — M. le Dr Adam, médecin ajoint d'Armentières (Nord), est nommé adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), en remplacement de M. Chadzinski.

Arrêté du 22 *juin* 1886. — M. le Dr Georges Lemoine, interne à l'asile de Bron, professeur agrégé à la Faculte de Médecine de Lille, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Armentières et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.) M. le Dr Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, vient d'être nommé Vice-Président de la Société de Médecine et de Pharmacie de l'Isère.

Concours pour le prix Volta. — Le ministre de l'Instruction publique vient de fixer la date du concours du prix Volta Ce prix, d'une valeur de cinquante mille francs, a été institué par décret du 11 juin 1882 en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes : comme source de chaleur, de lumière, d'action chimique, de puissance mécanique, de moyens de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les malades. Le prix sera décerné en décembre 1887. Le concours demeure ouvert jusqu'au 30 juin 1887. Les savants de toutes les nations sont admis à concoutir. Une commission, nommée par le ministre de l'Instruction publique, sera chargée d'examiner la découverte spécifiée par chacun des concurrents et de reconnaître si elle remplit les conditions exigées.

Hospices de Bicêtre et la Salpêtrière. — Le concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Séglas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Avis aux auteurs et aux éditeurs. — Tout ouvrage dont il nous sera envoyé un seul exemplaire, sera annoncé. Il sera fait, s'il y a lieu, une analyse de tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires.

Alliot (E.). — *La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance.* Brochure in-8° de 86 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1886. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Buzzard (Th.). - *On some forms of paralysio from peripheral neuritio ; of Gonty, Alcoholic. Diphteritic and other origin.* Volume in-8° cartonné de 147 pages, avec figures. — London, 1886. — J. et A. Churchill.

Hgward H. Toot. — *The peroneal type of progressive musculvr atrophy.* Brochure in-8° de 43 pages, avec figures. — London, 1886. — H.-K. Lewis.

La Possession de Jeanne Fery, religieuse professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons (1584). Un volume in-8° de 112 pages, papier vélin, prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50 — Papier parcheminé, prix : 4 fr. Pour nos abonnés, prix : 3 fr. — Papier Japon. prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, prix : 5 fr. Ce volume publié, par la librairie du *Progrès Médical* est le 4e ouvrage de la Bibliothèque Diabolique (collection Bourneville). Les ouvrages précédents sont par ordre de publication : 1° *Le Sabbat des sorciers ;* 2° *La Possession de Françoise Fontaine;* 3° *Histoires et disputes des démons et sorciers*, par Jean Nyerr.

Legrain (M.). — *Du délire chez les dégénérés.* Observations prises à l'asile Sainte-Anne (1885-1886), service de M. Magnan. Un volume in-8° de 291 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

Leloir (H.) — *Leçons sur la syphilis.* Professées à i'hôpital Saint-Sauveur. Un volume in-8° de 213 pages avec 11 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. 50.

— *Traité théorique et pratique de la lèpre.* Un volume in-4° raisin de 360 pages, avec 48 figures, 7 tableaux dans le texte et 22 planches en chromolithographie et héliogravure. - Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés, 22 fr.

Raison (A.-G.). — *Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisaiions d'éther et de chlorure de méthyle.* Volume in-8° de 42 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 70.

Sharkey (S.-J.). — *Spasm in chronic nerve discase; being the Gulstonian lectures.* Un volume in-8° cartonné de 99 pages, avec 15 figures. — London, 1886. — J. et A. Churchill.

Spitzka. — *A contribution to the localization of focal lesions in the pons oblongata transition.* Brochure in-8° de 14 pages, avec figures. Extrait du *Journal of nervous and mental discase.* — New-York, 1886. — Putnam's sons.

— *How can we prevent false hydrophobia ? a paper.* Brochure in-8° de 41 pages. — New-York, 1886. — W. R. Ienkins.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux. Ch. Hérissey, imp. - 986.

Vol. XII. Novembre 1886. N° 36.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

QUELQUES CAS D'HYSTÉRIE DANS LES TROUPES RUSSES;

Par M. A.-J. OSERETZKOWSKY, de Moscou.

Depuis bien longtemps, l'hystérie était considérée comme une maladie n'appartenant qu'aux femmes. La confusion qui s'est introduite dans l'idée qu'on se faisait de cette maladie vient évidemment du nom bien malheureusement choisi ὑστερας, nom qui lui avait été donné par suite de la fausse idée que l'hystérie était causée par des maladies de l'utérus. Cependant, ces derniers quinze ans, il s'est produit une réaction, et l'hystérie chez les hommes adultes a été, plus d'une fois, le sujet de travaux intéressants. Il a été défendu cinq thèses traitant de ce sujet seul à l'École de médecine de Paris, dans l'intervalle de 1875 à 1880.

Outre l'intérêt scientifique, la connaissance de l'hystérie chez l'homme a une importance pratique pour les médecins militaires. Grâce aux accès bizarres et au cours capricieux de la maladie, les cas d'hystérie chez les soldats peuvent donner lieu, et cela arrive en effet,

à une fausse interprétation de la maladie, au préjudice du patient, à des malentendus entre les médecins mêmes, et à de faux reproches du public, qui portent atteinte à notre autorité en matière médicale. J'ai appris tout cela par expérience. Je veux apporter l'histoire de quelques cas d'hystérie observés à l'hôpital militaire de Moscou.

Observation I. — E..., conseiller titulaire, âgé de quarante-quatre ans, est entré le 14/26 août 1883. Anamnèse : en 1878, a eu la fièvre intermittente danubienne pendant neuf mois; revenu de Bulgarie en Russie, a commencé à souffrir d'accès de défaillances et de convulsions générales. Du 12/24 novembre au 22 décembre 1880/3 janvier 1881, à l'hôpital militaire de Moscou, on a observé des accès de sténocardie et des convulsions. Les médecins de service ont pu noter trois accès de convulsions du caractère suivant : le malade commence à se plaindre d'un sentiment d'angoisse et d'une oppression à la poitrine; c'était suivi d'un tremblement de tout le corps et de convulsions cloniques, auxquelles succédaient une tension des muscles de la poitrine et du dos. Au commencement de l'accès, le malade ne perdait pas la connaissance. L'accès durait une demi-heure environ. On a pu constater que l'accès pouvait à volonté être provoqué par une pression sur la région de l'épigastre. Du 21 novembre/3 décembre au 14/26 décembre 1881, a été à la clinique de l'hôpital militaire de Pétersbourg. Les accès, dont nous venons de décrire le caractère, accompagnés, en outre, du globe hystérique, y avaient été également remarqués. Le 7 décembre, on note : les douleurs des reins sont si fortes que le malade ne peut marcher. En outre, nous apprenons du patient qu'en 1881 et en février 1883, il a été atteint de paralysie : paralysie des deux jambes et du bras droit, la première fois, paralysie des jambes, la seconde. Du 14 août à novembre 1883, E... se retrouve à l'hôpital de Moscou, mais avec de nouveaux symptômes. Il est atteint de paraplégie et de rétention d'urine; les envies d'uriner sont douloureuses; il urine très peu et avec beaucoup d'efforts. La sensibilité à la douleur des jambes a presque disparu, et celle du toucher est moins dérangée; l'atrophie musculaire n'existe pas; on constate une ten-

dance à des tiraillements et à des contractures dans les jambes. En outre, E... souffre de vomissements irrésistibles qui ne dérivent nullement de l'indigestion. L'hyperesthésie de la région de l'épigastre existe. Tous ces phénomènes ne sont pas constants : tantôt la miction devient tout à fait facile, tantôt elle se dérange; il en est de même des vomissements. Je dois dire, à propos de la paraplégie, que lorsqu'on lui demande de soulever la jambe, ou de faire mouvoir le pied, il ne répond point; cependant, si on le prie de se retourner soit sur un côté, soit sur l'autre, on voit que les extrémités se meuvent activement. Je dois ajouter que le malade, étant encore chez lui, voyant son enfant tomber du lit, s'est mis sur les pieds, bien que ses jambes fussent paralysées alors. Le malade a quitté l'hôpital sans que les symptômes de paraplégie aient subi une modification quelconque; les vomissements avaient seulement cessé et l'urination était devenue facile.

Résumant toute la série des dérangements nerveux d'E..., nous devons signaler les caractères suivants : 1° la diversité et l'hétérogénéité des attaques nerveuses; ce sont tantôt des convulsions, tantôt des symptômes de sténocardie, tantôt des paralysies, des rétentions d'urine, des vomissements rebelles, etc.; 2° l'inconstance des dérangemeuts nerveux : les jambes d'E... ont été paralysées deux fois et la paralysie a disparu sans laisser de traces; la rétention d'urine paraît et disparaît sans avoir de cause; il en est de même des convulsions; 3° certains dérangements portaient le caractère de l'hystérie; les convulsions, par exemple, se manifestaient sans perdre connaissance et ne pouvaient, par conséquent, être attribuées à l'épilepsie; le globe hystérique et la facilité d'évoquer, à volonté, les attaques en pressant sur la région de l'épigastre (point hystérogène) sont des symptômes appartenant exclusivement à l'hystérie. De même, il est impossible d'expliquer autrement que le sujet,

privé de la faculté de remuer les jambes, se lève sous l'empire de la frayeur. Tout cela et l'impossibilité de rapporter l'ensemble des dérangements nerveux à un trouble organique du système nerveux, m'a fait reconnaître l'hystérie.

OBSERVATION II. — Ch..., un jeune soldat, est entré à l'hôpital le 4 avril 1884. Il était complètement sourd et muet. J'ai appris que la surdi-mutité s'était développée tout d'un coup sans choc apoplectique. Le malade fit entendre par signes qu'il avait été frappé de cette maladie sous l'influence de certaines émotions morales. Le sujet paraît peu développé, d'une constitution féminine; les testicules sont très petits; la tête aussi. Un examen laryngoscopique donne les résultats suivants : la configuration de toutes les parties du larynx est normale; les cordes vocales restent découvertes, malgré que le pharynx et le larynx soient violemment irrités par le laryngoscope ; en général, on constate une anesthésie des muqueuses du larynx et du pharynx (Kiriakoff). L'examen laryngoscopique est renouvelé le 17 juin par M. le Dr Kiriakoff et M. Zaborowsky; le résultat reste le même. L'examen de l'oreille et de l'œil donne des résultats négatifs. On n'observe pas d'autres dérangements nerveux. Plus tard, on remarque une grande instabilité de l'état moral : tantôt le malade pleure sans motif, tantôt il rit et saute comme un enfant quand on satisfait un de ses désirs. Le 5 mai, Ch... commence à se plaindre de douleurs dans le bras gauche, la sensibilité tactile et douloureuse est émoussée; ensuite, on remarque un état paralytique qui ne dure pas. Le 11 mai, tous les troubles du mouvement et de la sensibilité ont disparu. Après cela, le malade éprouve des douleurs dans les muscles du cou, d'abord à gauche, puis à droite, mais ces douleurs sont passagères. Le 18 mai, il a un accès tout particulier; Ch..., souffrant de violents maux de tête, se débat sur son lit, pleure, va et vient dans la salle; tout le corps tressaille; il a des tiraillements dans les bras, il vomit de la bile ; la température monte; tous ces phénomènes durent presque toute une journée. Le 12 juin, hémianesthésie complète à droite et hémiopie. Tous ces phénomènes persistent jusqu'au 28 juin, jour de la sortie de l'hôpital.

Un début rapide, sans choc apoplectique, la diversité et le peu de stabilité des phénomènes maladifs dans la suite, l'hémianesthésie caractéristique, qui apparaît sans perte du sentiment; enfin l'impossibilité d'attribuer la surdi-mutité à une lésion organique quelconque, me font reconnaître l'hystérie de Ch... Ce cas a été montré dans son temps à notre conférence médicale, ainsi qu'à beaucoup de collègues neuro-pathologistes.

L'été passé, j'ai appris que Ch..., après avoir obtenu son congé, a recouvré l'usage de la parole et de l'ouïe, bientôt après son retour dans ses foyers. De mon point de vue, cela devait être; ça ne fait que confirmer que la surdi-mutité était hystérique.

Observation III. — R..., soldat de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital le 1er novembre 1884. J'apprends qu'en octobre de la même année, la chute d'une pierre lui a contusionné l'orteil du pied gauche. Après le coup, il n'est resté qu'une légère écorchure qui a disparu au bout de quelques jours. Mais, en même temps, il commença à éprouver des douleurs dans la jambe gauche, à l'aîne, dans le dos. Ensuite, en présence d'un médecin militaire, R... perdit l'usage des jambes et de la parole. C'est dans cet état qu'on l'amène à l'hôpital. Le malade est d'une constitution robuste; la nutrition est suffisante; il a une expression pleurnicheuse; il a totalement perdu l'usage de la parole; examiné au laryngoscope, la sensibilité du larynx est normale, les cordes vocales sont bien tendues; cependant il lui est impossible de prononcer la lettre A. L'entrée du pharynx est peu sensible. Le bas du dos est très sensible à la palpation; le passage de la main sur la peau cause aussi de vives douleurs; il se plaint aussi d'avoir mal lorsqu'on presse les gros troncs nerveux des jambes. La sensibilité à la douleur dans les jambes et dans la partie inférieure du tronc a disparu; il n'éprouve pas de douleurs même lorsqu'on fait passer un fort courant induit (les bobines étant entièrement poussées). Dans la partie supérieure du tronc et dans les bras, la sensibilité est aussi émoussée; il ne retire pas la main même quand on transperce la peau avec une épingle. Les réflexes tendineux de la rotule sont extrêmement exagérés. Les jambes sont à moitié paralysées; il y a contracture des muscles postérieurs de la cuisse, qui fléchissent la jambe, et rigidité des

pieds. Voici le cours de la maladie : le 8 novembre, la douleur dans le dos disparait; couché, le malade peut facilement lever les jambes et les tenir en l'air quelque temps. Il ne peut marcher et n'essaie même pas de le faire. Pressé d'obéir, il se lève cependant sur les jambes, mais elles sont fléchies dans les genoux et à l'articulation coxo-fémorale. Il ne peut les redresser, dit-il, à cause de douleurs qui se font sentir dans la direction du bord intérieur des plantes des pieds. Le 10 novembre, R... commence à marcher auprès de son lit, les jambes toujours courbées; mais il ne marche que d'après l'ordre pressant. Il se met sur les jambes d'une manière particulière : il appuie ses bras sur le bord du lit, et, après quelques instants d'efforts visibles, il se redresse rapidement et jette le corps en avant de manière que je craignais toujours de le voir tomber. De même, R... s'asseyait sur son lit, non par degrés, mais d'un seul coup, en séparant les pieds du plancher. Le 17 novembre, il commence à marcher facilement, mais sa démarche est étrange. Les jambes sont un peu fléchies dans les genoux; le dos est immobile et un peu renversé en arrière; les bras séparés du corps; il les balance en marchant. Toutes les singularités de sa démarche, aux mouvements spontanés, sont causées par une certaine rigidité des muscles du dos et des jambes. Les jambes sont encore faibles; après une marche de peu de durée, on les voit trembler. Il serre la main faiblement, malgré sa musculature développée. Le 19 novembre, il commence à prononcer, avec des efforts évidents, de certaines voyelles; le 23 novembre, il articule indistinctement quelques mots. Le 27 décembre, il éprouve une vive douleur dans la région de l'œil droit, on observe même la ptosis qui dure près d'une journée. La démarche est toujours la même; la sensibilité des jambes est rétablie; mais on voit toujours la même faiblesse et le même tremblement des jambes après la marche. L'anamnèse montre que le malade a éprouvé les mêmes affections nerveuses quatre ans auparavant après une chute d'un arbre.

Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre l'hystérie et une maladie de la moelle épinière. Le début subit de la maladie sans fièvre cependant, l'impossibilité d'expliquer l'existence simultanée de l'aphonie et de la paraplégie, le manque évident de volonté pour les mouvements spontanés, l'instabilité des symptômes maladifs et les renseignements anamnestiques parlent en faveur de l'hystérie.

OBSERVATION IV. — Le lieutenant B..., âgé de trente-quatre ans, entré à l'hôpital le 9 janvier 1885, m'est confié pour être examiné et traité par l'électricité le 15 janvier. Une prédisposition névropathique héréditaire; sa sœur est hystérique. Le sujet est extrêmement enclin à se croire malade; ayant appris un jour qu'un de ses amis était mort d'une maladie du cœur, il ressentit aussitôt des palpitations, des douleurs dans la région du cœur et dans le bras gauche. A la fin de juillet 1884, revenu de l'exercice, il se sentit tout à coup privé de l'usage de la jambe gauche, ensuite de la droite; la paralysie dura près de deux mois et disparut sans traces. Le 25 décembre de la même année, la paralysie recommença aussi inopinément que la première fois. Etat présent : la jambe gauche est complètement paralysée; les piqûres d'épingles n'y causent aucune douleur; les réflexes tendineux du genou sont considérablement exagérés des deux côtés. Couché, il peut relever la jambe droite, la fléchir et remuer les doigts. Le pied gauche est contracturé en dehors, à l'état d'extension. L'évacuation de l'urine se fait au moyen d'un cathéter. Il a une prédisposition à la constipation. Le 15 janvier, lorsque le malade fut apporté pour que je l'examine, la jambe droite était aussi tout à fait paralysée; les réflexes cutanés sont exagérés; la sensibilité tactile et douloureuse de la jambe gauche est notablement émoussée, celle de la droite est normale; dans les jambes, on observe des tiraillements et une rigidité musculaire considérable; pas d'amaigrissement musculaire; la contractilité faradique des muscles et des nerfs est normale; le malade n'éprouve presque aucune douleur dans l'épine dorsale; pas d'autres troubles nerveux. Traitement : galvanisation du dos et faradisation des jambes. Après quatorze séances, on observa un mieux tellement évident, qu'il étonna les personnes qui supposaient que B... souffrait d'une lésion organique de la moelle épinière. Le patient peut alors facilement uriner, remuer les jambes dans son lit, même se mettre sur les jambes lorsqu'on le soutient et, en s'appuyant sur la table, quitter sa chaise et se placer sur son lit; les tiraillements des jambes se sont affaiblis. Le 27 février, il pouvait se tenir debout et, à partir du 18 mars, marcher avec une canne. La démarche offrait la particularité suivante : B... avançait les jambes sans faire quitter le plancher, par suite de la contracture des muscles; tantôt ses pieds se déjetaient convulsivement de côté, tantôt ils s'ac-

crochaient l'un à l'autre. Le 19 mars, notre malade quitta l'hôpital avec des indices à peine perceptibles de sa paraplégie passée.

Cette observation permet de constater l'hystérie : une prédisposition héréditaire, les particularités du caractère du patient, enclin à se croire malade, la paralysie qui avait déjà eu lieu et qui avait bientôt disparu, les singularités de la dernière paraplégie qui n'avait pas été suivie d'un amaigrissement des muscles, malgré que la maladie ait duré trois mois et malgré la rétention d'urine qui ne pouvait être causée que par de profondes lésions de la moelle épinière; enfin, l'amélioration rapide de la maladie.

Observation V. — G..., soldat de vingt et un ans, entre à l'hôpital le 27 mai 1884, atteint d'une paralysie des deux jambes. Des questions préalables expliquèrent qu'il venait de sortir de l'hôpital, où il était entré à cause d'une paralysie de la jambe droite. La maladie actuelle s'était déclarée subitement : en revenant d'une revue, il perdit l'usage des jambes et, cinq jours après son entrée à l'hôpital, la paralysie s'empara aussi du bras droit. L'examen du malade donna les résultats suivants : l'ouïe et la vue sont normales; les pupilles sont dilatées; les nerfs faciaux ne présentent rien d'anormal; dans la région des deux nerfs trijumeaux, de l'un et de l'autre côté, le malade donne de fausses indications sur l'endroit que l'on touche; la sensibilité dans la région du plexus brachial de droite a entièrement disparu; du côté gauche elle n'est pas dérangée. Une pression exercée sur le plexus droit et sur ses nerfs devient douloureuse. La sensibilité dn tronc paraît meilleure, mais le malade donne tout de même de fausses indications. La sensibilité des jambes a disparu. La faculté de mouvoir le bras droit, de le soulever, de le fléchir au coude, ne sont possibles qu'à un degré très restreint; le poing est fermé, la faculté de mouvoir les jambes est presque nulle; les mouvements passifs causent des douleurs.

Les réflexes tendineux sont très exagérés; sur le pied droit

il existe un clonus dorsalis; sur le gauche il n'y en a pas. Une rigidité des muscles de la jambe droite, des tressaillements et des tiraillements. L'épine dorsale est douloureuse dans la partie supérieure et inférieure du thorax; les mouvements de la tête et du tronc sont douloureux; la vessie urinaire est relâchée. Du 19 au 20 juillet, on observe une faiblesse du bras gauche; le sujet sent des fourmillements et des picotements. Du 2 au 17 juillet, il éprouve des maux à l'épigastre, il a des vomissements. Le 18 juillet, la sensibilité du bras gauche disparaît aussi, de même que dans la région des deux nerfs trijumeaux de l'un et de l'autre côté. Le 21 juillet, le malade est en état de soulever un peu les jambes dans son lit; la miction devient plus facile; il y a moins de tiraillements. Le 1er août, le patient est pris d'une attaque de vives douleurs dans le dos et de fortes convulsions dans les jambes et le bras gauche. Les mêmes crises se répètent du 2 au 9 août, et puis elles reviennent presque quotidiennement jusqu'au mois de novembre. Le 14 novembre, on constate des convulsions toniques de tout le corps, le dos courbé en arrière, les coudes fléchis, les poings fermés, les jambes en état d'extension, perte de la connaissance. Les mêmes attaques recommencent le 16, le 18 et le 23 novembre. Un examen plus approfondi, fait le 25 novembre, donne les résultats suivants : l'ouïe de l'oreille gauche est affaiblie au point que le malade n'entend le tic-tac d'une montre que quand on l'applique contre l'oreille; la vue est normale. La sensibilité tactile du côté gauche de la face est peu émoussée; mais il ne sent pas de fortes piqûres d'épingle ni de l'un, ni de l'autre côté; le goût est altéré; le patient ne distingue plus ni l'acide, ni le salé. Le malade sent si on lui touche le côté gauche du cou; les piqûres ne provoquent pas de douleurs; du côté droit il ne perçoit ni attouchement, ni douleurs. Les deux bras présentent les mêmes phénomènes; le droit est insensible pour les attouchements et les piqûres; le gauche ne perçoit que l'attouchement, à l'exception de la main, où de profondes piqûres produisent seulement des douleurs. La sensation de la température n'existe plus ni dans l'un ni dans l'autre bras; la sensibilité musculaire persiste dans le côté droit. Les réflexes tendineux du triceps sont très exagérés. L'excitabilité galvanique et faradique des nerfs et des muscles est conservée; même la faradique paraît plus forte. Le bras gauche garde sa faculté de mouvement; le dynamomètre marque 60; le ma-

lade peut remuer les doigts de la main droite et la ramener au corps. Il ne sent ni piqûres ni attouchement sur le côté droit du tronc ni devant, ni derrière; dans la partie gauche la sensibilité douloureuse a seulement disparu. Les courants les plus forts ne provoquent pas de douleurs dans la moitié droite de l'abdomen et du dos. Dans la jambe droite on remarque l'absence complète de la sensibilité tactile, douloureuse et musculaire; la gauche n'a perdu que la sensation de la douleur et de la température. Les réflexes tendineux des jambes sont fortement exagérés; on observe un clonus dorsalis au pied droit; le malade peut fléchir la jambe gauche dans toutes les articulations, et il est en état de la soulever un peu; les mouvements de la droite sont plus restreints; on y aperçoit un tremblement continuel. La réaction faradique et galvanique des nerfs et des muscles est normale. Au mois de décembre, arrive une suite d'accès qui portent le même caractère, savoir : tremblement du bras gauche; spasme tonique à la jambe gauche; flexion du coude gauche; la tête se rejette en arrière et le tronc se courbe aussi en arrière, tandis que le malade se retourne en même temps sur le côté gauche. Au commencement de l'accès, la respiration s'arrête, la face se congestionne; la connaissance ne disparaissait que vers la fin de l'accès et revenait dans les intervalles. Les attaques se répétaient toutes les cinq minutes; dans les intervalles, on observait l'opisthotonus. Les attaques durèrent jusqu'à la fin de décembre, par séries entières quotidiennes, dont chacune était composée de plusieurs accès partiels. Le 14 décembre, par exemple, de sept à neuf heures du soir, il y eut seize accès; le 16 décembre, de une heure de l'après-midi à une heure du matin, il y eut quatre séries, l'une de neuf accès; la deuxième, de six, ainsi que la troisième et la quatrième de deux. Après quelques attaques, on remarquait une aphonie de peu de durée, et une difficulté à avaler. Pendant l'accès du 29 décembre, le sujet, immobile jusque-là, sous l'influence d'une hallucination probablement, se mit tout à coup à agiter les mains et faillit sauter du lit. Le 28 décembre, les sensations de la douleur et de la température reparurent dans la moitié gauche du corps, tandis que la droite recouvra la sensibilité tactile. Le 2 janvier 1885, le malade essaie de marcher, et alors apparaît une rigidité des muscles dans l'articulation tibio-tarsienne et dans celle du genou, de manière que le malade ne marche que sur le bord externe du pied.

Au mois de février, il fait librement mouvoir ses jambes dans son lit, il peut marcher à côté de sa couche, mais les contractures des jambes, quand il bouge, reparaissent comme auparavant; il lève le bras droit en haut. A la mi-mars, le patient commença à marcher avec des béquilles; les contractures persistaient encore. Au mois de mai, il marche avec une canne; en marchant, il courbe le dos en arrière, agite fortement les bras, glisse les pieds. Il ne peut s'asseoir lentement, il tombe assis. Le malade a quitté l'hôpital avec une parésie des jambes, le 8 juin 1885.

Dans ce cas, nous trouvons les accès d'hystéro-épilepsie nettement accusés et les troubles capricieux de la sensibilité qui ne peuvent avoir lieu que dans l'hystérie; nous avons une anesthésie complète du côté droit et une analgésie gauche. Il était possible de provoquer à volonté les accès de convulsions : il suffisait, pour cela, de faire passer un courant galvanique assez fort dans le dos; de même, lorsqu'on fit deux fois des cautérisations au moyen de l'appareil de Paquelin, on amena les convulsions toniques, accompagnées d'une perte de connaissance. Ce cas est évident et je ne veux pas hésiter plus longtemps à établir le diagnostic d'hystérie.

Observation VI.—S..., soldat de vingt-trois ans, entré à l'hôpital le 22 février 1885. L'histoire clinique, avec laquelle S... arrive, note ainsi le commencement de la maladie : Couché la nuit du 26 au 27 décembre, près d'une fenêtre dont le vasistas était ouvert, le matin il a senti une faiblesse dans les bras et dans la jambe gauches, et, le 30 décembre, ces membres étaient tout à fait paralysés. Le 2 janvier, on a constaté une faiblesse de la jambe et du bras droits. — A son entrée à l'hôpital, on observe une hémianesthésie du côté gauche, avec perte de toute espèce de sensibilité et une hémiopie, ainsi qu'une impossibilité de mouvoir à volonté la jambe et le bras gauches. Ce qui fait une différence bien tranchée avec les

hémiplégies ordinaires, c'est que le malade peut tout de même marcher, malgré la paralysie de la jambe gauche. En marchant il traîne la jambe malade; la jambe saine est fléchie au genou; elle ne touche le plancher que de la pointe du pied; un tremblement dans la jambe gauche; le bras droit levé le plus haut tremble aussi. La force de la main droite est affaiblie; le dynamomètre ne marque que 30; pas de contractures; les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés; le nerf facial est conservé. Le 4 mars, le malade commence à sentir des douleurs à la faradisation avec un pinceau, à remuer les doigts de la main et du pied, et à marcher sans béquilles. Le 10 mars, la démarche est plus libre; le bras paralysé peut être un peu levé à l'épaule et fléchi au coude. Dès le 14 mars, S... se plaint de maux de tête, de reins et de l'insomnie. Le 23 mars, il marche facilement; le bras au coude et la main fléchissent, ce n'est qu'à l'épaule que le bras ne peut se relever. Sa démarche est caractéristique; le dos est immobile; les genoux un peu fléchis; les muscles des reins sont contracturés. Vers le 13 juin, les troubles de la sensibilité ont disparu; la difficulté de mouvoir le bras à l'articulation de l'épaule a duré jusqu'au 9 juillet et disparu en une seule nuit.

N'avions-nous pas affaire, en ce cas, à une simulation? Je n'ai pu l'admettre à cause de l'hémiasnesthésie et surtout de l'hémiopie. Ensuite, les réflexes tendineux si exagérés, la démarche caractérisée par l'immobilité du dos, démarche que nous avons déjà vue chez d'autres malades, tout cela exclut la simulation. On soupçonna S... d'avoir volontairement prolongé l'immobilité du bras droit, mais je ne puis pas supposer que ce fût vrai. Quand on formula ce soupçon, S... était encore atteint d'hémiopie, chose qu'on ne peut simuler. N'avait-on pas affaire à un trouble organique du cerveau? Mais je suis obligé d'écarter cette supposition pour les raisons suivantes : une hémianesthésie complète ne pouvait se développer que grâce à un choc apoplectique, lequel n'a pas eu lieu; le nerf

facial est normal, ce qui arrive rarement dans les cas d'hémiplégie cérébrale suivie d'anesthésie; malgré une durée de deux mois de la paralysie, la contracture tardive ne s'est pas développée. Outre cela, S... avait un affaiblissement du côté droit, mais peu accentué.

Observation VII. — Soldat D..., de vingt-trois ans, entre à l'hôpital dans la salle de chirurgie le 12 mai 1885, atteint d'un phlegmon à l'avant-bras droit. Lorsque le phlegmon fut guéri, D... commença à se plaindre de douleurs erratiques dans différentes parties du corps; c'est pourquoi, le 2 septembre, on l'installa dans la salle des maladies nerveuses. D... raconta de sa vie passée qu'il s'était marié à dix-neuf ans et que, aussitôt après le mariage, il était devenu démoniaque (kliconeha). A l'église, lorsqu'on entonnait l'hymne chérubique, il poussait des cris, tombait en convulsions et perdait connaissance. Cela ne dura, du reste, que quelques mois, et alors apparurent d'autres troubles. Le caractère de D..., devint tout autre; il devint très irritable, se mit à haïr sa femme, la battit constamment, et puis s'adonna à l'alcool, bien que, jusque-là, il n'ait presque jamais rien bu. C'est vers cette époque aussi qu'il eut de violentes trépidations des jambes. Tous ces phénomènes disparurent vers la vingt et unième année, de sorte qu'il put être enrôlé.

Etat actuel du malade. — D... est de haute taille, solidement bâti; un beau brun ; mais la pâleur de la face, malgré la vigueur de la constitution, fait supposer une grave lésion de l'organisme. La vision et l'audition sont normales ; toutes les espèces de sensibilité le sont aussi ; il n'y a que la sensation de la température qui est un peu troublée ; dans l'avant-bras il ne distingue pas une différence de 5°; pas de paralysies et de contracture musculaire ; mais les réflexes tendineux sont exagérés. Le malade lui-même se plaint de douleurs sourdes dans tout le corps : « J'ai tout le corps brisé », ce sont ses propres paroles. Tous les organes intérieurs sont sains; pas d'autre déviation que des envies fréquentes d'uriner. Il urine jusqu'à 4.000 centimètres cubes, bien qu'il s'abstienne de boire; la pesanteur spécifique de l'urine est de 1.014; on n'y trouve ni

albumine, ni sucre. La polyurie dure jusqu'au 4 octobre. De cette manière, les premiers temps on pouvait supposer que D... était atteint d'un diabète insipide. Le 12 septembre, les jambes de D... commencèrent à trembler; le tremblement n'avait lieu que quand il marchait et, si fort, que le malade sautait à chaque pas. Un examen plus minutieux fit voir une rigidité des muscles de la cuisse et de la jambe, même lorsque D... était couché; la sensibilité de la peau était normale comme auparavant; le champ de la vision (l'examen est fait sans périmètre) était borné; la sensibilité des couleurs et la vision n'étaient nullement troublées; la polyopie monoculaire, indiquée par M. Parinaud, était nettement prononcée; en fermant un œil, de l'autre le malade voyait chaque objet répété plusieurs fois; l'anesthésie du larynx permettait d'introduire le doigt jusqu'à l'épiglotte. Dans le cours ultérieur de la maladie, il eut plusieurs accès de violents tremblements des jambes; étendu sur le dos, il jetait les jambes de différents côtés, frappait des pieds le plancher avec force, ou les heurtait l'un contre l'autre; il pâlissait et perdait à moitié connaissance. Les attaques avaient une durée de deux minutes, en laissant une lassitude générale. Il faut encore ajouter qu'il arrivait des jours où la polyurie disparaissait subitement, les tremblements aussi; le malade pouvait un peu marcher facilement, mais après il revenait au même état. Moralement, il paraissait abattu, parfois la tristesse s'emparait de lui; il demandait à quitter l'hôpital; la salle où il se trouvait et tout ce qui l'entourait lui semblait dégoûtant; il était prêt à passer des journées entières dans les lieux d'aisance. Au mois de décembre dernier, le malade quitta l'hôpital. L'anesthésie du pharynx a disparu; la polyurie et les tremblements n'existaient plus; il marchait facilement et il n'est resté qu'une rigidité des muscles à peine visible pendant la marche.

Considérant les faits de l'anamnèse, l'anesthésie caractéristique du pharynx, la polyopie monoculaire, l'instabilité de la polyurie, les particularités du caractère du malade, j'ai dû reconnaître un cas d'hystérie.

OBSERVATION VIII. — M..., soldat, est entré à l'hôpital le 2 août 1885. Il souffrait de douleurs sourdes dans les jambes. Un

examen constate une enflure peu considérable de l'articulation du genou et de la tibio-tarsienne. Deux jours après son entrée il se déclara une douleur à la deuxième phalange métacarpienne droite, et neuf jours après, des élancements, plus forts à la pression, dans le côté droit, sans aucune lésion dans les poumons ni dans la plèvre. Dans le cours de la maladie ces douleurs se renouvelèrent plusieurs fois, mais celles des jambes l'impatientèrent excessivement. L'enflure des articulations et les maux ne cédèrent ni à l'emploi du salicylate de soude à l'intérieur, ni aux injections sous-cutanées de morphine, ni aux compresses d'une dissolution de l'acide carbonique de 4° ni aux bains chauds, ni aux onguents narcotiques, etc. En général, les phénomènes douloureux ressemblaient peu à ceux du rhumatisme que je supposai d'abord. Il me fallut faire un examen détaillé du système nerveux. Cet examen eut lieu le 27 novembre 1885, lorsque le patient revint dans ma salle, et donna les résulats suivants : la sensibilité tactile des deux jambes est bien affaiblie, celle de douleur a complètement disparu; en même temps, la répartition de l'anesthésie est originale; les pieds sont sensibles à l'attouchement ainsi qu'à la douleur; la sensibilité du côté droit du tronc, du bras droit et du côté droit de la face est normale; mais, dans les mêmes parties gauches l'attouchement d'une épingle est ressenti beaucoup plus faiblement, comme s'il se faisait à travers la chemise, comme le dit le malade lui-même, quoiqu'il puisse distinguer la pointe d'une épingle de sa tête, mais il ne ressent pas de mal à la piqûre; la vision de l'œil gauche est plus faible que celle du droit; le champ de la vision est rétréci concentriquement (l'examen a eu lieu sans périmètre); la sensation des couleurs n'est pas troublée; l'ouïe et le goût du côté gauche sont aussi émoussés. Ainsi je trouve que le malade a un trouble de sensibilité connu sous la forme de parahémianesthésie. D'ailleurs l'anesthésie de la muqueuse du pharynx est constatée. Les réflexes tendineux du genou et du tendon d'Achille sont très exagérés. On remarque une contracture dans les deux genoux de manière que les jambes font un angle aigu avec les cuisses. L'articulation tibio-tarsienne et celle du genou ne présentent pas de modifications bien tranchées. La flexion active du genou n'est possible qu'à un degré très minime; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont un peu plus faciles; l'extension des jambes n'est que passive

jusqu'à un certain degré, et amène alors une forte trépidation des jambes, accompagnée de douleurs. Les muscles des jambes sont flasques, mais la réaction aux deux espèces de courants ne fait voir aucun trouble dans l'excitabilité des muscles et des troncs nerveux, bien que le malade, près de quatre mois depuis le jour de son entrée à l'hôpital, soit alité. De temps en temps, des douleurs passagères se manifestent dans le dos, de même que dans les genoux et une douleur sourde continuelle dans les jambes. L'anamnèse nous rapporte que le sujet était resté trois mois alité à la maison avec la même contracture des jambes et que les douleurs sourdes avaient été les mêmes qu'à présent, La mère du patient avait souffert de tiraillements convulsifs des jambes, de sorte qu'elle ne pouvait tenir son enfant sur les genoux pour ne pas le faire sauter en l'air par un de ces mouvements convulsifs, chose qui était déjà arrivée une fois. Le frère aîné du malade était aussi sujet aux mêmes contractures.

Prescription : solutio arsenicalis Fowleri, galvanisation du dos et faradisation des jambes ; mouvements passifs des jambes. Sous l'influence de ce traitement, au bout de dix-neuf jours, les contractures diminuèrent d'abord dans le genou droit ; à la fin d'un mois, il marchait avec des béquilles. Assis, il balance facilement les jambes sans qu'on puisse y remarquer de tremblements ; mais lors qu'il marche, les muscles deviennent rigides, ce qui fait que le malade ne marche que sur la pointe du pied en les faisant glisser sans les soulever et sans fléchir les genoux ; il s'y ajoute une trépidation des jambes. Les troubles de la sensibilité sont restés les mêmes. L'amendement lent de la démarche va jusqu'à présent (30 janvier / 11 février 1886).

L'apparition subite des contractures, le trouble étrange de la sensibilité qui ne correspond à aucune lésion organique du système nerveux ni central, ni periphérique, les données de l'anamnèse m'ont fait diagnostiquer l'hystérie. Une amélioration rapide de la maladie, due en partie à un traitement psychique, a précisé mon opinion.

Observation IX. — O..., jeune soldat, entre à l'hôpital le 28 décembre / 9 janvier 1885. L'examen du malade fait voir

que l'intelligence est intacte, mais qu'il ne peut répondre aux questions. Lorsqu'on lui demanda par écrit : « Où as-tu mal ? » il écrivit : « Je me porte bien, mais je ne puis parler. — Pourquoi ne peux-tu pas parler ? — J'ai été au lazaret, j'ai eu un accès et le médecin m'a effrayé. » Il n'existe pas d'autres troubles ni de la sensibilité ni de la motilité. Le $\frac{3}{15}$ janvier il commença à parler d'une manière normale. De nouveau il répéta qu'il avait eu un accès, après lequel il était resté muet ; il ne pouvait parler parce qu'il avait des spasmes dans la gorge. L'examen du système nerveux, qu'on répéta, donna les résultats suivants : la vision de l'œil gauche est de $\frac{20}{40}$; celle du droit est très faible ; les sensations du goût sont troublées : il dit que la quinine est acide ; les réflexes de la muqueuse du pharynx sont tout à fait abolis. La sensibilité cutanée tactile et douloureuse est très peu émoussée ; le tact est conservé. Les réflexes de la rotule ne présentent rien d'anormal. La motilité est aussi normale. Le malade se plaint de douleurs sourdes dans les jambes.

Les antécédents montrent que, dix-huit mois auparavant, étant encore chez lui, le malade avait été muet huit jours entiers ; la mutité s'était alors développée aussi après une attaque de convulsions. L'automne précédent, il avait eu aussi de ces accès, mais non suivis de mutisme. On ne put constater ni hérédité ni d'autre cause évidente de la maladie.

Dans ce cas, on ne pouvait supposer que l'hystérie ou la simulation. Mais celle-ci ne peut être admise à cause de quelques phénomènes qu'il est difficile de simuler ; l'anesthésie pharyngée, par exemple, et puis le malade ne voulait pas rester à l'hôpital et demandait toujours à en sortir.

OBSERVATION X. — F..., jeune soldat entré à l'hôpital le 20 décembre/1er janvier 1885, L'aide chirugien qui l'avait amené dit qu'à peine était-il venu au régiment qu'il a eu un accès convulsif. Arrivé à l'hôpital sans connaissance, dans la salle de réception, il était pris de plusieurs attaques d'hystéro-épilepsie, à ce que suppose le médecin de service. Le 21 décembre, je trouve notre malade dans l'état suivant : la perte de connaissance ; les pupilles dilatées ; lorsqu'on essaye de soulever les paupières, le globe oculaire roule en bas. Un tremblement des jambes ; les muscles des membres inférieurs sont relâchés ; les réflexes de la plante du pied n'existent que sur le droit ; le pouls, 54. Pendant l'examen, il est arrivé un

trouble convulsif suivant : le malade, avec une force et une rapidité extraordinaires, se retourne dans son lit, le dos en l'air, prend la position à la vache et, jetant le tronc d'arrière en avant, donne des coups de tête contre le chevet. La force des mouvements est si violente que quatre serviteurs ont de la peine à le contenir. L'attaque de convulsions dura une couple de minutes, après quoi la jambe gauche, le bras du même côté restèrent contracturés à toutes les articulations et la moindre tentative de redresser un des membres provoquait une nouvelle attaque. Dans l'espace d'une demi-heure, il y eut trois accès; tout ce temps, le malade reste sans connaissance. Vers le soir, il revient à lui; pendant plusieurs heures, il ne peut parler et fait comprendre par signes qu'il a des spasmes au larynx et à la poitrine. Le 22 décembre, un nouvel examen du système nerveux fait constater : la vision des deux yeux est de 20/40; la sensation des couleurs n'est pas troublée; le champ visuel est presque normal; le goût aussi; — la sensibilité cutanée est intacte; les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. On ne remarque de troubles de sensibilité que sur la conjonctive des paupières et dans le pharynx; un attouchement de la conjonctive avec le doigt ou une épingle ne donne pas de réflexe; l'introduction du doigt dans l'arrière-bouche et l'irritation de sa muqueuse restent également sans réflexe. En outre, on constate une diplopie monoculaire. Interrogé, le malade répond qu'auparavant il n'a jamais eu d'attaques; que, de toute sa famille, il n'a qu'une sœur de neuf ans sujette à ces convulsions. Il n'a jamais fait aucun excès de boisson et n'a jamais souffert de syphilis.

Le 22 décembre, à huit heures du soir, l'accès du matin se répète. L'attaque est précédée d'un violent mal de tête, de tremblements des jambes et d'un spasme douloureux du pharynx. Dans la nuit du 27, le malade a des trépidations des jambes et des hallucinations. Le 30 décembre, il se sent tout à fait bien portant. A l'examen, on ne retrouve même plus les légers troubles de la sensibilité, observés le 22 décembre. Il n'a rien de particulier jusqu'au 8/20 janvier. Ce jour-là, à six heures du soir, nouvelle attaque de convulsions. Le lendemain matin, je lui trouve une anesthésie cutanée de tout le corps. Les sensations tactiles et douloureuses sont abolies; il est possible de transpercer un pli de la peau; le malade ne peut plus se représenter la position de ses membres au point

que, les yeux fermés, il ne trouve plus son nez, ni son autre bras, etc. Il en est de même pour les membres inférieurs. Néanmoins, il marche facilement, sans aucun symptôme d'ataxie, aussi bien les yeux ouverts que fermés. Le champ visuel est beaucoup rétréci; le goût est aboli. Il existe une anesthésie des muqueuses de l'œil, du nez, de la bouche et du pharynx. On constate la macropie : un objet mince, un crayon, par exemple, éloigné à 8 ou 10 centimètres d'un œil, l'autre étant fermé, lui paraît de la grosseur du pouce. Le 10 janvier, la sensibilité cutanée, et celle des muqueuses s'est de nouveau rétablie. Le 16 janvier nouvelle anesthésie du pharynx et de la conjonctive; le soir de ce même jour, il lui survient une attaque. Le lendemain, 17 janvier, anesthésie complète cutanée et anesthésie des muqueuses sur tout le corps, avec un trouble de la sensation musculaire, de même que le 9 janvier. Le 18 janvier, il ne reste plus qu'une insensibilité des muqueuses de l'œil et du pharynx, qui disparaît le lendemain. Le 23, à six heures du soir, encore une attaque. De nouveau, après anesthésie sur tout le corps, qui dure jusqu'à présent (1/13 février). Le 25 janvier pour la première fois, je trouve l'achromatopsie. Le malade, de chaque œil à part, appelle bleu le rouge et jaune le vert; rétrécissement du champ visuel; macropie comme le 9 janvier. L'achromatopsie ne s'observe que quand il regarde d'un œil; des deux yeux ouverts ensemble il distingue parfaitement les couleurs.

Je crois que je n'ai pas besoin de prouver le diagnostic de l'hystérie dans ce cas.

Observation XI. — F..., jeune soldat. Le 8/20 janvier 1886, à trois heures de relevée, on amène F... en proie à une attaque de convulsions, qui durèrent tout le reste du jour et toute la nuit. Le lendemain, à l'heure de la visite du matin, le malade présentait le tableau suivant : sans connaissance, les yeux fermés; les pupilles dilatées; de temps en temps, apparaît un spasme des muscles de l'œil, ce qui fait que les globes oculaires prennent des positions particulières; il a de la peine à avaler de l'eau; il crache quand on tente de lui donner à boire. Des convulsions continuelles présentent un tel caractère : des tiraillements des muscles de la ceinture scapulaire classique, régulièrement rhythmiques, dégénèrent subitement

en opisthotonus ou pleurosthotonus, de même qu'en convulsions des jambes qui se fléchissent à toutes les articulations. Pendant les accès de convulsions toniques, il pousse des sons inarticulés; il éprouve des hallucinations. Une hyperesthésie cutanée de tout le corps; les convulsions durent jusqu'à une heure de l'après-midi, mais la connaissance ne revient que vers les huit heures du matin du 10 janvier. Les attaques se répètent quotidiennement; parfois, à deux reprises par jour. Ces phénomènes persistent jusqu'au 2 février. Le 12 janvier, il devient sourd des deux oreilles: le 14, il entend de l'oreille gauche ce qu'on dit en forçant la voix; la surdité de l'oreille droite reste jusqu'au 20 janvier, le jour où le malade recouvre l'ouïe. Le 15 et le 16, il se trouve en état de stupeur, il est couché, les yeux fixés sur un point; ne demande rien, ne se plaint pas. Lorsque je tire ma montre pour compter le pouls, le malade dirige ses regards dessus et ne la quitte plus des yeux, il se retourne même dans son lit, se soulève, lorsque je la fais sortir exprès de son champ visuel. Le 17 janvier, pour la première fois, j'ai réussi à le faire marcher un peu; mais les jambes tremblent; les muscles des membres inférieurs sont à l'état de rigidité, les genoux fléchis; il glisse les pieds; les pas sont menus, le dos redressé. Ce même jours, on constate un affaiblissement de la sensibilité cutanée de tout le corps, bien qu'un examen détaillé du système nerveux soit bien difficile. Le 18, les accès changent de caractère : l'attaque commence maintenant par un tiraillement des muscles de l'abdomen, une respiration accélérée. Ensuite, le malade étend subitement les bras et les jambes, courbe le dos en arrière en arc de cercle, se frappe du bassin contre le lit deux ou trois fois, et puis, pendant près de quatre minutes, garde la position suivante : les jambes sont à l'état d'extension, les bras aussi, éloignés du corps; les poings sont fermés; le dos est recourbé en arrière, de sorte que le malade ne touche le lit que par les reins; la tête est tellement rejetée en arrière qu'il touche le cou de l'occiput; le sommet de la tête s'appuie au coussin, le cou et le menton nè forment qu'une ligne; la face est bleue; on voit la pulsation des veines; la respiration est à peine sensible et se fait par le nez à cause de la contraction des mâchoires. Les accès se suivent, séparés par un relâchement des muscles momentané. Le 24 janvier, on examine en détail le système nerveux. Le champ visuel est rétréci concentriquement ; trouble dans

la sensation des couleurs; l'œil droit voit en vert des fils rouges, bleus et noirs, l'œil gauche les voit jaunes. Les deux yeux ouverts distinguent bien les couleurs. Macropie, comme chez le sujet n° 10. Abolition du goût; les muqueuses des yeux, du nez, de la bouche et du pharynx sont anesthésiées. La sensibilité cutanée de toute espèce n'existe plus; les sensations musculaires sont en désordre, comme dans le cas précédent : il ne trouve pas son nez. Les réflexes tendineux du genou et du tendon d'Achille sont exagérés. Pas de paralysie. La démarche est restée comme au 17 janvier, mais il peut marcher plus longtemps. L'activité psychique est normale. L'état décrit est le même que jusqu'au 2 février, excepté une seule amélioration, qu'il marche tout à fait facilement les yeux ouverts et fermés. Il peut même courir.

Je ne m'étendrai pas sur le diagnostic : il est évident.

Faisons maintenant un résumé des symptômes de l'hystérie chez les hommes, nous voyons qu'elle était indiquée par :

1. La surdi-mutité (2e cas), qui a apparu subitement et disparu avec la même rapidité sans qu'on pût observer aucune lésion de l'oreille;

2. Le mutisme (cas 3e et 9e). Le mutisme du 2e cas était causé par la paralysie des cordes vocales; celui du 3e paraissait être dû à un défaut d'énergie pour articuler les sons, ou bien, peut-être, au trouble de l'accord d'activité des cordes, causé par un spasme, comme nous avons pu souvent l'observer sur les extrémités, mais il n'y avait pas de paralysie des cordes vocales. Le troisième malade n'a pas été examiné au laryngoscope;

3. La surdité chez un malade (cas 11e) est passagère, d'abord complète pour les deux oreilles, ensuite pour la droite seule;

4. Des troubles de la vision sous forme de rétrécissement concentrique du champ visuel ou d'hémiopie accompagnée d'hémianesthésie (cas 2e, 6e, 7e, 8e, 10e, 11e); dans le 7e cas, nous avons eu une polyopie monoculaire, et, dans les cas 10e et 11e, une macropie. Ces deux derniers troubles ont été indiqués par M. le professeur Charcot, l'année passée, dans une de ses leçons sur l'hystérie des hommes. Je n'ai pu observer la dyschromatopsie que dans les cas 10e et 11e.

5. L'anesthésie des muqueuses. Celle du pharynx mérite une attention particulière parce qu'elle paraît constante (7 cas sur 11); on ne l'a pas observé chez les quatre autres parce qu'ils n'étaient pas examinés. Dans certains cas (7, 9 et 10), l'anesthésie du pharynx présentait le seul trouble de la sensibilité; dans le 10e, cas cette anesthésie et celle de la conjonctive étaient les avant-coureurs de l'accès.

6. Le trouble de la sensibilité cutanée sous la forme d'une anesthésie de tout le corps, suivie de l'abolition de toute espèce de sensibilité cutanée et musculaire, de l'anesthésie des muqueuses et de l'affaiblissement de l'ouïe et de la vision (cas 10 et 11); l'hémiasnesthésie a été observée sur trois malades (cas 2, 6 et 8); un trouble tout particulier de la sensibilité a été constaté sur un malade (n° 5) : c'est l'abolition de la douleur et de la température sur la moitié gauche du corps et l'anesthésie complète sur la droite, comme les cas d'hémianesthésie ordinaire. Les malades 1er, 3e et 4e présentaient des cas d'analgésie, accompagnée de troubles de motilité sous forme de paraplégie. L'hyperesthésie se rencontre bien plus rarement; le malade 11e présentait un cas d'hyperesthésie de tout le corps

que remplaça, plus tard, une anesthésie complète; les cas 3, 5 et 6 offraient une hyperesthésie des vertèbres lombaires, si bien qu'au moindre attouchement, le sujet se rejetait en arrière. Mais, en revanche, les paresthésies sous la forme de refroidissement ou engourdissement des extrémités, de douleurs sourdes dans différentes parties du corps, de maux de tête étaient constants.

7. Des troubles de la motilité sous la forme d'hémiplégie (cas 6); le 5ᵉ malade avait une paralysie des membres inférieurs et du bras droit; cinq malades étaient atteints de paraplégie (cas 1, 3, 4, 8 et 11). Dans ces derniers cas, la paralysie était accompagnée de phénomènes spasmodiques qui se faisaient surtout voir à toute tentative de mouvement : les pieds glissent, ne se soulèvent pas du plancher, se rejettent de côté, les genoux sont fléchis, ou bien, au contraire, les jambes sont raides, les muscles sont à l'état de tension. Cela fait que la démarche des malades est très caractéristique : en marchant, le tronc déjeté en arrière devient raide, ils traînent les pieds sur le sol et balancent les bras en les écartant du torse.

8. Les convulsions sous la forme de tiraillements de différents membres, de tressaillements de tout le corps, de tremblements pendant les mouvements volontaires et de véritables accès hystéro-épileptiques (cas 1, 5, 10, 11). Ordinairement, quelques heures avant l'accès, le malade devient abattu, les yeux ternes; on constate des anesthésies prodromiques soit de tout le corps, soit bornées à quelques régions des muqueuses (du pharynx, de la conjonctive); 15, 20 minutes avant l'accès, le malade se couche, tombe en état de stupeur,

les yeux ouverts, fixés sur un point, et ne répond pas si on l'appelle. En même temps, commencent des tiraillements de différentes parties du corps, puis arrive le moment de la contraction tonique des muscles de tout le corps qu'interrompent des mouvements extrêmement violents, sous la forme d'opisthotonus ou de pleurosthotonus, ou bien le sujet frappe le lit de la tête à plusieurs reprises, etc. En un mot, cette période est caractérisée par des mouvements violents et excessivement désordonnés. Cela dure de 3 à 5 minutes; puis arrive un relâchement des muscles momentané; le malade n'est pas encore revenu à lui que survient une nouvelle attaque de grands mouvements, tout à fait semblable à la précédente. L'accès dure de 1 heure à 3 heures. Voilà un aperçu général des accès que j'ai observés :

Le caractère de la période des grands mouvements n'est pas le même pour tous les malades et se change parfois chez le même patient.

Vers la fin du trouble, on voit le sujet en proie à des hallucinations il prononce des paroles incohérentes, paraît saisir quelque chose avec les mains, ou bien il les porte à la gorge, à la région du cœur, etc. Après l'accès, les malades reviennent à eux, reprennent leurs occupations habituelles, contraste frappant avec les attaques d'épilepsie, après lesquelles ils tombent dans un profond sommeil, ou se plaignent de violents maux de tête, etc.

9. Deux malades (1, 4) souffraient d'une rétention spasmodique qui a exigé l'emploi prolongé d'un cathéter. Le premier malade était sujet, en outre, aux vomissements et aux accès d'angine de poitrine.

10. Le malade n° 8 présentait des phénomènes d'arthralgie, de violentes douleurs dans les articulations du genou, qui ne voulaient céder ni à l'emploi du salicylate de soude, ni à celui des narcotiques; une pression superficielle des articulations causait des douleurs; la peau est œdémateuse, mais elle n'est pas rouge; aucune indication d'amas liquide dans les articulations.

11. Dans les 5e et 8e cas, on pouvait observer une élévation de la température sans qu'il y ait eu d'inflammation locale. Quant à la température après les accès, une seule fois (cas 5) elle monta à 39° [1]; dans tous les autres cas, elle resta normale, ou 37°,6 — 37°,7.

Ainsi, les phénomènes cliniques de l'hystérie des hommes ne sont pas moins variés que ceux de l'hystérie des femmes. L'hérédité et la prédisposition semblent jouer le principal rôle dans l'étiologie de l'hystérie. Ainsi, dans les cas 1, 3, 4, 7, 8, 9, nous avons eu affaire à des récidives de troubles hystériques qui avaient eu lieu auparavant; les cas 3, 8 et 10 nous montrent une prédisposition de famille à l'hystérie. Parmi les causes accidentelles dans le 3e cas, il a existé un léger traumatisme; dans le 2e cas, une violente émotion morale, peut-être, tient aussi à un traumatisme. Dans les autres cas, on n'a pu trouver un motif évident ou accidentel. Il est important de noter que, sur neuf soldats atteints d'hystérie, il y en avait cinq qui venaient d'être enrôlés. Il est fort possible que le brusque passage de la vie de famille à celle de soldat influence sur l'origine de l'hystérie. Parmi les hystériques, il y avait des gens d'une forte constitution, gras et musculeux, de ma-

[1] C'est là une température tout à fait anormale (B).

nière que la constitution physique n'a pas d'importance pour l'étiologie de la maladie.

Par rapport au diagnostic, on peut diviser tous les cas ci-dessus en deux groupes : le premier renfermera les accès accompagnés de convulsions hystéro-épileptiques, où le diagnostic est extrêmement facile même pour ceux qui ne sont pas spécialistes. Dans le second groupe, il faut ranger les malades ayant des paraplégies et des hémiplégies hystériques. C'est surtout les paraplégies hystériques qu'on risque facilement de confondre avec des lésions organiques de la moelle épinière, lorsque la paralysie des membres inférieurs est compliquée d'une rétention d'urine, de constipation et de douleurs dans le dos. Ce qui caractérise ici l'hystérie, c'est la combinaison des paralysies de nature cérébro-spinale à des affections de nature cérébrale, — la combinaison d'une paraplégie avec une hémianesthésie, d'une paralysie des cordes vocales, de la surdité, la combinaison d'une hémiplégie avec une paraplégie (cas 6). Ce qui contribue considérablement à porter un diagnostic certain, ce sont les troubles partiels de la sensibilité, troubles parfois très capricieux, par exemple l'abolition des sensations de la douleur et de la température ; tandis que le sentiment de l'attouchement persiste (cas 5), l'abolition de la sensibilité douloureuse seule ; les anesthésies des muqueuses (du pharynx) et les troubles bizarres de la vision (la macropie, la diplopie unioculaire, l'achromatopsie). Enfin les paralysies elles-mêmes offrent des particularités frappantes. Voici un exemple (cas 6) : le malade est atteint d'une hémiplégie complète, lorsqu'il est couché ; il peut cependant marcher en s'aidant un peu d'une béquille ;

quand il marche, on voit que l'autre jambe est aussi contracturée à l'articulation tibio-tarsienne et à celle du genou. Dans la suite, le diagnostic est confirmé par la prompte disparition de toutes les affections de la maladie. Pour exclure la simulation, on trouve toujours assez de données, lorsqu'on examine attentivement le malade.

Ajoutons quelques mots sur la thérapie. Le traitement des accès d'hystéro-épilepsie a toujours été sans résultat : ni l'eau, ni l'électricité, ni les narcotiques à grandes doses n'ont influencé ni la fréquence, ni l'intensité des attaques. Le traitement des paralysies a eu plus de succès. L'exercice a été le plus efficace. Dans le cas d'aphonie (cas 3), je demandais au malade à prononcer d'abord des voyelles séparées, ensuite des syllabes, et j'obtenais des résultats satisfaisants; dans tous les cas de paraplégie, j'excitais les malades à faire des mouvements actifs et passifs avec les membres paralysés, je les faisais promener en les soutenant sous les bras, je les forçais de recourir aux béquilles le plus tôt possible, etc. Je crois ce traitement des plus efficaces, et, pour le prouver, je puis citer le fait suivant que j'ai observé : dans les cas où le diagnotic était retardé pour une cause ou une autre et où on employait les remèdes ordinaires contre les paralysies, ces dernières restaient au *statu quo;* mais, aussitôt que le diagnostic était établi, et que j'avais recours aux exercices, un mieux se faisait voir tout de suite. La rigidité des muscles dans les mouvements volontaires appartient aux symptômes les plus opiniâtres qui cèdent fort difficilement.

Je dois ajouter, pour conclure, que les maladies

hystériques dans les troupes ne sont pas rares. Outre les cas que j'ai cités, je pourrais rapporter encore toute une série de cas où les malades étaient amenés à l'hôpital comme épileptiques, où le caractère des accès et les troubles de la sensibilité étaient typiques pour l'hystérie. Je veux traiter ces cas dans un article prochain, où je me propose de considérer les troubles de la sensibilité dans l'épilepsie.

DE L'IDIOTIE COMPLIQUÉE DE CACHEXIE PACHYDERMIQUE (IDIOTIE CRÉTINOÏDE); (suite)[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

I. — IDIOTIE AVEC CACHEXIE PACHYDÉRMIQUE (*suite*).

L'observation suivante a déjà été publiée par l'un de nous, dans le n° 36 du *Progrès médical* de 1880; elle a été ensuite reproduite dans la thèse de M. Ridel Saillard[2], communiquée à la Société de biologie (1882)[3]; enfin le malade qui en fait l'objet a été montré à leurs cours par M. Charcot et par M. Magnan.

OBSERVATION VI. — *Idiotie et crétinisme. — Arrêt de développement. — Etat œdémateux et rénitent de la peau (cachexie pachydermique) avec tumeurs myxœdémateuses disséminées. — Exercices. — Amélioration. — Erysipèles. — Refroidissement. — Tympanite. — Atonie. — Mort.*

AUTOPSIE : *Œdème pulmonaire. — Hydrothorax et hydropéricarde. — Dilatation considérable du cæcum; absence du*

[1] Voir le t. XII, p. 137. — Cette étude sur l'idiotie crétinoïde est un extrait revu et complété du mémoire présenté par l'un de nous en décembre 1885 à la *Société médico-psychologique* pour le prix Belhomme relatif *à l'idiotie et de préférence aux lésions des centres nerveux dans l'idiotie.*

[2] Voir aussi le *Compte rendu de Bicêtre* pour 1880.

[3] Communication faite avec M. Gilles de la Tourette.

corps thyroïde; dédoublement du cap de la troisième circonvolution frontale gauche; irrégularités et anomalies des circonvolutions et des scissures; petite tumeur siégeant sur un pli passage allant de la deuxième à la troisième circonvolution frontale gauche.

Thén... (Eugène), né le 20 août 1861, placé à plusieurs reprises par sa mère à l'infirmerie des idiots de Bicêtre, est entré en dernier lieu le 16 juin 1879 (service de M. Bourneville), et y est décédé le 18 novembre 1885.

Renseignements fournis par sa mère (22 octobre 1879). — *Père*, architecte, présentait une malformation du bras gauche, qui était moins développé que le droit; ce bras se terminait par un moignon formé par la région métacarpienne et une portion des doigts rudimentaires. Il travaillait beaucoup, même de nuit, ne faisait pas d'excès de boisson, il n'était pas migraineux, n'avait jamais eu d'affections cutanées; d'une santé habituellement bonne, il éprouvait parfois des étourdissements et avait des épistaxis qui ont cessé à quarante-huit ou quarante-neuf ans. Il est mort en 1871, à l'âge de cinquante-deux ans, des suites d'une hémiplégie consécutive à une *attaque d'apoplexie* survenue dix-huit mois auparavant. [*Père*, mort vers soixante-treize, ans d'une attaque d'apoplexie. — *Mère*, morte jeune du choléra. — Un *frère* bien portant, pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'autres difformes ni d'alcooliques dans la famille.]

Mère, quarante-cinq ans, couturière, bien portante, n'offrant aucune trace de goître, n'a jamais eu qu'une fièvre typhoïde dans l'enfance; elle n'est pas migraineuse, mais depuis, quelques années, elle est sujette à des *céphalalgies* qu'elle attribue aux chagrins; elle est très impressionnable et pleure facilement. Il ne paraît pas que le goître et le crétinisme soient endémiques dans son pays (Courancelle). Elle a une cousine au troisième degré porteuse d'un goître très gros, intelligente, qui serait la seule goîtreuse du village. Dans son pays, elle aurait vu autrefois un homme ressemblant à son fils. [*Père*, cultivateur, sobre, mort à quatre-vingts ans, d'une chute; il n'était pas en enfance. — *Mère*, morte d'une bronchite à soixante-douze ans; intelligente, n'était pas nerveuse; un *frère* bien portant, intelligent, a deux enfants sains, bien portants et intelligents; deux *sœurs* jouissant d'une bonne santé, non nerveuses, ont l'une, trois garçons, l'autre, un garçon, tous bien portants. — Pas d'aliénés, etc... dans la famille.]

Pas de *consanguinité*. Le père est né à Paris, la mère est de Courancelle (Meuse).

Trois enfants : 1° *garçon*, mort à quinze mois, la nourrice était devenue tuberculeuse, n'a pas eu de convulsions; 3° *notre malade;* 3° *fille*, bien développée, dix-sept ans, intelligente, s'exprimant

très nettement; traits réguliers, figure agréable, pas de goître; elle ne présente aucun accident nerveux [1].

Notre malade. — Durant la *grossesse*, à trois mois, la mère fut renversée par une voiture ; cet accident sans conséquences graves lui causa seulement peur ; elle était triste parce qu'elle n'était pas encore mariée à cette époque ; il n'y aurait jamais eu de scènes violentes ; le père était marié et ne l'a épousée qu'après la mort de sa femme. Elle n'aurait pas vu de crétins pendant qu'elle était enceinte. — *Accouchement* à terme (à Neuilly-sur-Seine), assez long ; on aurait cassé un bras de l'enfant, le droit, croit-on, et démis un poignet. A la naissance, l'enfant était très gros.

Il fut confié jusqu'à un an à une nourrice de Rambouillet, non goîtreuse, qui l'éleva au sein dans des conditions hygiéniques déplorables (logement humide, etc.), et la mère soupçonne qu'il aurait eu à cette époque quelques *convulsions*. Quoi qu'il en soit, elle le reprit chez elle et, vers quinze mois, il commença à marcher ; il ressemblait alors, affirme-t-elle, à tous les enfants de son âge ; il était affectueux, donnait quelques signes d'intelligence et prononçait un petit nombre de mots. C'est à cette époque



Fig. 15. — Th... à l'âge de 4 ans.

qu'il aurait fait une chute dans un escalier et depuis lors, au dire de la mère, il aurait *complètement changé*. Deux ans après cet accident, il pouvait encore marcher assez convenablement, tenu par

[1] Elle s'est mariée à 19 ans, fait une fausse couche ; en 1883, elle était bien portante.

la main; il n'aurait que rarement marché seul dans l'appartement, et rarement sorti dehors. Bien qu'aucune nouvelle attaque de convulsions ne soit survenue, néanmoins, la parole n'avait fait aucun progrès. C'est dans ces conditions que l'enfant fut amené pour la première fois à Bicêtre, où il fit un séjour d'un mois (juillet-août 1865). La mère ne voulut pas le laisser davantage, parce que, dit-elle, il s'ennuyait et que, d'ailleurs, il était devenu gâteux depuis son entrée. Il marchait aussi moins bien, mais était toujours très affectueux. La *dentition* se fit lentement; elle n'était pas complète à sept ans. En 1871, sa sœur lui fit par imprudence de fortes brûlures à la figure et aux mains. Il fut alors ramené à Bicêtre, d'où il ne sortit qu'en octobre 1878 pour y rentrer l'année suivante, comme il a été dit plus haut.

État actuel (6 janvier 1880). — L'enfant reste pendant tout le jour assis devant une table, dans un état d'inertie et d'obtusion



Fig. 16. — Th... à l'âge de 20 ans.

intellectuelle complète; sa position habituelle, à l'extrémité de la table qu'il a l'air de présider, son regard indifférent et son

extrême apathie lui ont fait donner par les malades le sobriquet de *Pacha*, sous lequel il est connu dans la maison.

La *tête*, légèrement fléchie sur le thorax, est volumineuse et



Fig. 17.— Cette figure représente trois cas d'idiotie : le premier (à gauche) avec goître, les autres accompagnés de cachexie pachydermique. — Le Pacha est tenu par les deux autres idiots.

irrégulière et sa forme rappelle grossièrement celle d'un pain de sucre. L'occipital forme en arrière une saillie notable du côté gauche ; en avant, on note, au contraire, un développement plus

considérable de la bosse frontale droite; vu d'en haut, le crâne présente ainsi une *plagiocéphalie* assez marquée. La partie postérieure du crâne est très développée, les sutures fronto-pariétales sont saillantes [1] et les dépressions sus-sourcilières très prononcées. Le cuir chevelu est atteint d'une calvitie presque complète et présente sur toute son étendue une desquamation analogue à celle du *pityriasis capitis*. Les cheveux sont courts, volumineux, secs, presque noirs ; ce sont des cheveux d'adulte et leur rareté contraste tristement avec la physionomie enfantine du malade.

Le visage est hideux; le front et la racine du nez sont couverts de rides, les sillons naso-labiaux sont très accusés, le nez est camard, très déprimé à sa racine comme chez la plupart des petits enfants; sur toute l'étendue de la face, la peau est mate, d'une couleur blanc jaunâtre et bouffie; cette bouffissure, surtout marquée au niveau des joues qui sont pendantes, des lèvres et des paupières, contribue à accuser les rides et donne à la physionomie un *air vieillot*, contrastant encore avec l'apparence fine et cireuse de la peau qui est absolument glabre; les sourcils sont à peine marqués et les cils rares; les yeux restent constamment à demi fermés et les paupières sont collées chaque matin par suite d'une *blépharite ciliaire* double. — Ajoutons, pour terminer ce portrait, qu'il existe sous le menton une vaste *cicatrice* de brûlure s'étendant d'une oreille à l'autre, à la manière d'une jugulaire; la surface de cette cicatrice, qui présente une couleur violacée, est parsemée de brides dont quelques-unes, insérées au niveau du pli mento-labial, produisent le *renversement de la lèvre inférieure*, l'écoulement presque continuel de la salive et achèvent ainsi de donner à la physionomie l'air bestial qui la caractérise. L'enfant peut néanmoins fermer la bouche quand il le veut, mais un effort paraît nécessaire pour cela et il ne le fait guère qu'au moment de la déglutition. Pendant la mastication, la lèvre inférieure reste pendante et laisse s'écouler au-dehors une partie de la salive et des aliments. Les *dents* sont, pour la plupart cariées et usées jusqu'au niveau des gencives; en haut, les deux incisives médianes de lait persistent en avant des dents définitives correspondantes. Il ne paraît pas exister d'asymétrie de la voûte palatine, ni de malformation du voile du palais. Les *oreilles* sont régulièrement ourlées, symétriques et présentent un lobule bien développé; elles s'écartent fortement de la tête en arrière.

La bouffissure de la face, mentionnée ci-dessus, ne paraît pas avoir existé toujours au même degré; il semble y avoir eu un temps, d'après les renseignements fournis par la mère, où la physionomie de l'enfant reflétait assez exactement ses sentiments.

[1] Voir à l'autopsie la description du crâne.

Aujourd'hui, la face bouffie paraît avoir perdu beaucoup de sa mobilité et les rares phrases qui sont comprises n'excitent aucun jeu de physionomie ; la joie s'exprime par un sourire grossier et disgracieux. La douleur et souvent une légère contrariété suffisent à provoquer des larmes et des cris. La *parole* est réduite à quelques monosyllabes; *ajour* pour *bonjour*, *teau* pour *gâteau*, *ci* pour *merci* et quelques autres. La voix est enrouée, nasillarde, la prononciation confuse et ce n'est ordinairement qu'en pressant l'enfant de questions ou en lui présentant le bonbon attendu qu'on obtient une réponse lente à venir et comme traînée.

L'habitus général du tronc et des membres est assez remarquable. Outre le défaut de taille déjà signalé, on remarque une



Fig. 18. — Th... à l'âge de 21 ans (mai 1882).

extrême brièveté du cou qui est en même temps très élargi, mais ne porte *aucune trace de tumeur thyroïdienne.* On sent distinctement le larynx sur la ligne médiane en plaçant la tête dans l'extension et en déprimant fortement les téguments, notablement épaissis à ce niveau. Tout au plus peut-on sentir, sur le côté droit

du cartilage thyroïde, quelques nodules roulant sous le doigt et appartenant peut-être au corps thyroïde, qui serait par conséquent extrêmement atrophié.

Sur toute l'étendue du tronc, la peau est fine, d'un blanc mat, assez résistante sous le doigt, comme infiltrée et paraît recouvrir une épaisse couche de tissu cellulaire lâche; au devant du thorax elle est sillonnée de petites veines et de nombreux capillaires. Ainsi que l'a fait remarquer M. Hadden, la transpiration est insensible et l'excrétion de la matière sébacée paraît complètement suspendue.

Au niveau des régions sus-claviculaires, au-dessous des aisselles et en divers points du thorax, on la trouve soulevée par des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence œdémateuse. Ailleurs, elle est tendue, résistante sous le doigt et comme bouffie de graisse. On ne constate pas à la main d'abaissement notable de la température. Le thermomètre appliqué sur le devant de la poitrine, puis sur une des tumeurs cervicales, a marqué successivement 35°,6 et 36°,2, la température extérieure étant de 25°.

La *température rectale*, prise matin et soir pendant huit jours consécutifs, est restée invariablement à 37°,2 le soir. Il paraît donc exister un léger abaissement de la température centrale.

Le ventre est volumineux.

Les membres sont gros, courts, empâtés, et la peau y présente les mêmes caractères que sur le tronc; toutefois, on y observe un abaissement de température, sensible même à la main; le thermomètre, appliqué sur la face externe des bras, marque à droite 33°,8, à gauche 34°,1.

La main droite est déformée par une *brûlure* dont la cicatrice a produit la rétraction des trois derniers doigts. La préhension est encore possible avec le pouce et l'index dont le malade se sert encore assez adroitement pour saisir les pièces de monnaie ou les bonbons qu'on lui présente. Sur le dos de cette main, la peau, comme œdémateuse, forme une pelotte épaisse, mais ce gonflement résiste sous le doigt et ne disparaît pas par la pression. La main gauche offre un état analogue, bien qu'à un degré moins marqué.

Aux membres inférieurs, la bouffissure est surtout prononcée aux jambes et aux pieds dont la peau est plus ou moins cyanosée. Les deux membres sont de longueur égale. La voûte plantaire est à peine marquée; la *marche* est difficile, lourde, mais cependant possible lorsque l'enfant est tenu par la main.

Il est intéressant de remarquer ici que le *Pacha* a fait à cet égard de réels progrès depuis le mois d'octobre : tandis qu'il avait alors beaucoup de peine à exécuter quelques pas; que, pour cela, il restait confiné au lit une grande partie de la journée, il

parvient aujourd'hui, après avoir été exercé pendant huit mois à faire le tour de la salle, à marcher presque sans aide. Il peut également se tenir debout pendant un temps assez long, en s'appuyant aux barreaux d'une chaise ou d'un lit.

Les *organes génitaux* ne présentent pas de vice de conformation, mais un arrêt de développement complet; la peau y est épaisse et pseudo-œdémateuse, comme dans les autres régions; les deux testicules sont dans les bourses et ont à peine le volume d'une noisette. Pas d'onanisme.

L'*urine*, examinée à plusieurs reprises et avec soin par M. Barré, interne en pharmacie du service, est claire, citrine et ne contient ni albumine, ni glycose. L'enfant est grand gâteux et la difficulté



Fig. 19. — Th... à l'âge de 21 ans (mai 1882).

où l'on se trouve de recueillir isolément la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, n'a pas permis de doser l'urée éliminée de ce côté.

Sur le tronc et les membres, la peau est absolument glabre, même aux aisselles et au pubis, bien que le malade soit entré dans sa vingtième année. D'après les renseignements recueillis dans le service, elle était, l'année dernière, le siège d'une desquamation continuelle, analogue à celle qui persiste encore sur le cuir chevelu. Cette desquamation, surtout marquée aux membres, au tronc et à la face, était furfuracée. Elle a disparu sous l'influence de soins hygiéniques mieux entendus et des bains salés, administrés deux fois par semaine depuis octobre 1879.

La *sensibilité générale* est conservée, mais peut-être légèrement émoussée ; le chatouillement n'est généralement pas perçu. La sensibilité au froid est très marquée. Quant aux *sensibilités spéciales*, la *vue* et l'*ouïe* paraissent égales des deux côtés. Le *goût* semble intact. Then... n'est pas salace, il écarte les saletés qu'il rencontre dans son assiette. Il mange sa soupe seul, avec une cuiller qu'il tient de la main gauche et les autres aliments avec ses doigts. Il boit également seul en tenant le gobelet avec ses deux mains.

Appareil digestif. — Il n'existe ni vomissements après les repas, ni constipation exagérée. Une chute du rectum, qui s'est produite il y a quelques mois, a pu être réduite et maintenue par des cautérisations au galvanocautère.

Nous avons déjà indiqué, chemin faisant, l'état de l'intelligence ; notons encore que Then... reconnaît sa mère, sa sœur et les diverses personnes du service ; parfois, sa physionomie semble s'éveiller un moment à la vue de la nourriture ou des bonbons. Une poupée qu'il a eu pendant quelques semaines paraissait lui procurer quelque plaisir.

Le *sommeil* est tranquille, l'après-midi tout entière se passe dans un état de demie somnolence et d'immobilité. Jamais depuis qu'il est à Bicêtre, cet enfant n'a présenté de phénomènes d'excitation, ni d'accès convulsifs.

1880. 8 *décembre*. — T. R. 37°,4. — *Soir :* 37°,4 ; resp. 9; pouls 88.
9. — T. R. 37°; pouls 84.

1881. 24 *février*. — Etat fongueux des *conjonctives*, cautérisation au nitrate d'argent.

23 *mars*. — On constate à la partie antérieure du cuir chevelu, laquelle est glabre, une teinte rosée ; cette région est légèrement furfuracée; la *rougeur* et le *gonflement* se prolongent sur le front et presque jusqu'à la racine du nez et l'arcade sus-orbitaire où elle se limite par un léger bourrelet. L'état des téguments (par suite de la cachexie pachydermique) empêche d'explorer les ganglions. — Peau chaude, état saburral des premières voies digestives.

24. — Le malade paraît un peu abattu, la rougeur s'est étendue ainsi que le gonflement, qui va latéralement jusqu'à

l'antitragus et en avant envahit les paupières supérieures. T. R. 39°,8. — *Soir* : 40°,3 (*érysipèle*).

25. — Hier dans l'après-midi, après la purgation, selles abondantes; nuit tranquille. Le cuir chevelu est dégagé; le front est encore un peu gonflé ainsi que les paupières; le gonflement persiste au niveau de la portion moyenne de la joue droite ainsi que dans la région temporale du même côté; l'oreille droite est rouge, les lèvres ne sont pas noires. T. R., 39°,2. — *Soir* : 40°,8.

26. — L'*érysipèle* progresse du côté de la face, la joue droite est beaucoup plus gonflée, plus rouge. T. R. 39°,6. — *Soir* : 40°,3.

27. — T. R. 39°,4. — *Soir* : 40°,3.

28. — Le cuir chevelu et la région faciale supérieure sont redevenus normaux; l'oreille droite, la lèvre inférieure et le bas du visage couvert de cicatrices, de brûlures à droite, restent tuméfiées, une phlyctène pleine de sérosité recouvre le menton à gauche. Le malade ne boit que du lait et du vin de quinquina. — *Traitement*: huile de ricin, compresses d'eau de sureau, etc.

29. — La rougeur est moins vive; la tuméfaction persiste, les paupières sont gonflées et les bords sont agglutinés. Thén... boit du lait avec plaisir. T. R., 39°. — *Soir* : 40°,2.

30. — Le bas du visage n'est plus tuméfié; la peau desquame par place; les paupières restent gonflées, les yeux larmoyants. — L'*érysipèle* a quitté la face pour devenir ambulant; il occupe, en effet la partie postérieure du cou et de l'épaule droite. La plaque d'érysipèle est rouge; le bourrelet n'est pas franc; les bords vont en se perdant vers l'avant-bras, la pression digitale laisse une empreinte blanche très fugace. Le malade semble gai, mais il n'a pas d'appétit. T. R. 39°,2. — *Soir* : 39°,6.

31. — L'érysipèle commence à gagner la région pectorale; il est descendu jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras; pas d'abattement. — Potion: extrait de quinquina, 3 gr.; rhum, 50 gr.; huile de ricin, 30 gr. T. R. 39°. — *Soir*: 39°,8.

1er *avril*. — L'érysipèle a pâli au niveau de l'épaule et du bras, il prend un aspect rouge-clair moucheté; le bourrelet fait défaut; la peau n'est ni chaude, ni résistante. La peau du bras est le siège d'une desquamation furfuracée. Le malade boit du lait, dort bien, est gai, et répond dans la mesure de son possible. T. R., 39°. — *Soir* : 39°,8.

2. — Envahissement de la partie inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras droit par l'érysipèle; faible rougeur de la paroi antérieure de la poitrine; en arrière, rougeur légère de la région scapulaire droite; rien à la face, si ce n'est une desquamation légère et furfuracée. T. R. 39°,2. — *Soir* : 40°.

3. — T. R. 38°,6. — *Soir* : 39°,2.

4. — Il existe encore un peu de gonflement à l'avant-bras droit, mais la rougeur a disparu. A l'avant-bras du côté gauche, l'éry-

sipèle n'existe que sur la face dorsale en arrière du cubitus et dépasse de deux centimètres l'olécrâne en haut. T. R. 38°. — *Soir* : 38,4.

19. — L'enfant est levé et est assez gai ; on recommence à le faire marcher.

1er *juin*. — Hier, il était mal en train ; il semble que la peau du côté droit de la tête, tempe, et région pariétale, est rosée et un peu œdématiée ; la pression du doigt laisse une empreinte. On ne peut que présumer l'érysipèle, vu l'état ordinaire de la peau ; pas d'appétit ; un vomitif. — T. R. 40°.

2. — La rougeur occupe aujourd'hui toute la partie inférieure de la joue droite, le menton, la partie inférieure de la joue gauche et le lobule de l'oreille gauche ; rien aux lèvres. L'érysipèle marche de droite à gauche ; langue humide ; nuit tranquille ; pas d'agitation. — *Soir* : T. R. 40°.

4. — L'érysipèle descend, il quitte progressivement la face pour suivre la nuque et le dos ; toute la portion dorsale est prise. La rougeur se limite à la première lombaire en avant et latéralement à gauche de la ligne axillaire verticale. A droite, elle empiète un peu sur le creux de l'aisselle. La rougeur de la face a disparu, mais elle persiste encore dans la région précédemment indiquée ; de plus, elle descend en arrière, jusqu'à l'articulation sacro-vertébrale environ. Du côté gauche, elle dépasse la ligne axillaire et et gagne le mamelon. Du côté droit, elle atteint seulement le mamelon ; de plus, elle a envahi tout le bras et l'avant-bras, s'arrêtant brusquement par une ligne circulaire à cinq centimètres du poignet. Constipation, lait, lavement purgatif. T. R. 40°,2. — *Soir* : 40°,8.

5. — T. R. 40°,1. — *Soir* : 40°,8.

6. — Th... est plus gai, et ne paraît pas être accablé par la fièvre. La rougeur de la face a disparu ; elle persiste encore dans les autres régions et de plus descend en arrière jusqu'à l'articulation sacro-vertébrale environ ; du côté gauche, elle gagne la ligne axillaire antérieure et le mamelon ; du côté droit elle atteint également le mamelon, a envahi tout le bras et l'avant-bras, s'arrêtant brusquement par une ligne circulaire à cinq centimètres du poignet. Pas de vomissements ; constipation. — T. R. 39°. — *Traitement* : Lavement purgatif, lait, etc.

7. — Des deux côtés, l'érysipèle dépasse le mamelon, tendant à gagner la ligne médiane. De même, la rougeur descend sur le côté droit jusqu'au poignet ; l'état général est bon. — T. R. 38°,6. — *Soir* : 38°,6.

8. — La rougeur a gagné la main droite ; en même temps elle disparaît en arrière. elle est moins nette sur le dos ; en avant légère rougeur de l'abdomen. T. R. 38°,2. — *Soir* : 38°,8.

9. — La rougeur est limitée à la main et au poignet droits, les

autres parties atteintes sont en voie de desquamation. T. R., 38°,4. — *Soir* : 38°,6.

10. — Les doigts sont envahis par l'érysipèle, l'état général est bon. T. R. 38°,2. — *Soir* : 38°6.

17. — L'érysipèle est en voie de desquamation totale; la peau a repris sa coloration et sa rénitence habituelles, la température est stationnaire.

11. — T. R. 38°,2. — *Soir* : 38°,2.
12. — T. R. 38°. — *Soir* : 38°.
13. — T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,6.
14. — T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,4.
15. — T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,4.
16. — T. R. 37°,4.



Fig. 20. — Th... à l'âge de 22 ans (octobre 1883).

27. — Th... est revenu à son état habituel, et est très gai.

1881. Juillet. — *Poids :* 20 kilogr. 100.

1882. Janvier. — *Poids:* 19 kilogr. 50.

1883. Janvier. — *Poids:* 19 kilogr. 800.

14 *novembre.* — Th... n'a rien présenté de particulier dans le courant de l'année. On l'exerce à marcher, ce qu'il fait, tenu par la main. La mémoire paraît exister; il reconnaît les personnes qui fréquentent le service, et même celles qui, ne venant que rarement, lui donnent des sous. Le 14 juillet 1883, les enfants ayant reçu un supplément de 15 centilitres de vin de Bagnols, il a volé et bu la part de son voisin. Cet excès l'ayant excité, il cherchait à parler spontanément, chantonnant « Nicolas » et « l'Amant d'Amanda ». Depuis, il se montre très satisfait, si on lui parle de bagnols, il en boit avec plaisir, et, posant son verre avec satisfaction sur la table, il dit : « Ça y est » ; « bon, ça ! ».

1884. 31 *janvier.* — *Poids:* 20 kilogr. 700.

2 *février.* — *Dentition. Mâchoire supérieure.* — Permanence des racines de la plupart des dents de lait sur lesquelles on ne trouve que deux dents permanentes, les deux incisives centrales entières; elles sont sorties en arrière des racines des dents de lait; très inclinées en arrière; les molaires permanentes du fond de la bouche sont profondément cariées; il ne reste plus que des débris de racines.

Mâchoire inférieure. — On ne trouve comme dents permanentes que les deux incisives centrales entières, une petite molaire droite et une gauche; ces dents sont sorties en arrière des dents de lait qui persistent. La canine de lait gauche persiste; les autres dents de lait sont tombées sans être remplacées, peut-être cependant des dents permanentes cariées ont-elles été arrachées. L'articulation du maxillaire est défectueuse; la mâchoire inférieure est portée un peu en avant et les dents viennent mordre sur le milieu des racines des dents de lait sans tomber au niveau de la gencive.

Les *gencives*, un peu décollées, mais relativement en assez bon état, forment un bourrelet autour des dents et des racines.

Août. — *Poids* : 20 kilogr. 300. *Taille* : 0^{m},90.

9 *octobre.* — On constate une tuméfaction du volume d'un petit œuf de pigeon entre les deux sourcils; à la palpation, cette tumeur donne la sensation de l'œdème; elle présente à sa surface une *rougeur érysipélateuse;* les paupières sont tuméfiées. T. R. 37°,5.— *Soir* : 37°,5.

10. — La tuméfaction notée hier a considérablement diminué, mais les joues, surtout la gauche, sont œdématiées et présentent une *rougeur* uniforme sans bourrelet périphérique; la peau n'est ni chaude, ni douloureuse à la pression ; les ganglions sous-maxillaires ne sont ni tuméfiés, ni douloureux. T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,6.

11. — Même état. T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,7.

12. — La tuméfaction des joues a diminué, la rougeur est localisée surtout au niveau du menton et de la lèvre inférieure; ni douleur ni adénite. L'appétit a été conservé pendant toute la durée de l'affection.

13. — T. R. 37°,5. — *Soir* : 37°,5.

14. — T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,5.

15. — T. R. 37°,6. — *Soir* : 37°,7.

16. — La face a repris son aspect habituel. Le malade est levé. T. R. 37°,4.

15 *décembre.* — Le malade, jusqu'ici en robe, a été habillé avec un pantalon; il ne gâte plus durant le jour; depuis longtemps, il a une selle tous les deux jours.



Fig. 21. — Th... à l'âge de 23 ans (novembre 1884).

1885. *Janvier. Poids* : 20 kil. 500. — *Juin. Poids* : 20 kil. 700.

Juin. — Amélioration au point de vue de la marche ; il est plus solide sur les jambes, mais manifeste toujours une grande répu-

gnance à se mouvoir, et on y parvient en lui promettant soit une friandise, soit surtout du vin de Bagnols. On lui fait fabriquer une canne afin d'arriver à ce qu'il marche seul. Th... s'est amélioré sous le rapport de la propreté et nous sommes parvenus à remplacer la robe par le pantalon (*fig.* 21). Il est sujet à être constipé et est très sensible au froid.

13 *novembre*. — Th..., n'ayant pas été à la selle depuis quatre jours (il ne mangeait pas depuis deux jours et paraissait souffrir), est amené à l'infirmerie. Lavement.

14. — La constipation persiste; ventre très ballonné, sonore; le lavement de la veille n'ayant produit aucun effet, il lui en est administré deux autres dont l'un purgatif, qui restent de même sans effet.

15. — Le matin, purgatif, aucun résultat. Le soir, nouveau lavement suivi d'une selle très abondante. Th... ne prend que du lait. Gonflement très marqué de la lèvre supérieure et de la joue droite, qui est rouge et luisante. Tympanite considérable. T. R. 39°; à 3 heures du *soir* : 38°,8. — *Soir* : 40°,2.

16. — Le malade tousse un peu; l'auscultation, très difficile à pratiquer, ne dénote rien de saillant; la lèvre inférieure est le siège d'un gonflement assez marqué; à l'inspection du thorax, du reste très difficile, il ne semble y avoir rien d'anormal. T.R. 38°,2; — *Soir* : 38°,8.

17. — Pas de changement notable, pas d'évacuation : eau-de-vie allemande, 20 grammes. Le soir, Th... n'ayant pas eu de garde-robe, on lui administre un lavement purgatif. T. R. 38°,4. — *Soir* : 38°,2.

18. — L'eau-de-vie allemande et le lavement purgatif n'ont produit aucun effet. Le matin, Th... a demandé le vase, mais il a fait des efforts inutiles. — L'*abdomen* est ballonné, tympanique; les lèvres sont cyanosées, la respiration est plus courte et plus fréquente; à la palpation, on croit sentir une tumeur assez dure, de l'S iliaque irrégulière, bosselée et garnie probablement par un amas de matières stercorales (?). — L'examen est très difficile par suite du ballonnement du ventre. Refroidissement notable; pas de vomissements. Deux lavements simples donnés presque coup sur coup ne sont pas rendus. Un lavement à la glycérine amène des scybales dures. Pas d'émission de gaz. Le soir, deux syphons d'eau de Seltz sont donnés par le rectum au moyen de la sonde œsophagienne, ils ne produisent aucune évacuation.

Mort à 10 heures 35 du soir. Avant de mourir, le *Pacha* a ouvert les yeux tout grands et a poussé plusieurs soupirs. T. R. 38°,2. — *Soir* : 40°,2. Un quart d'heure après le décès : 36°,1. Une heure après le décès : 32°,3. Deux heures après le décès : 30°. *Poids* après décès : 21 kilogr. 100.

Note complémentaire. — Les cheveux sont noirs, moyennement abondants à la région occipitale ; ils vont en diminuant sur la partie inférieure des pariétaux et la partie antérieure du temporal. Sur la ligne médiane, ils s'avancent sur le milieu du frontal en formant une houpette ; entre cette houpette médiane et les parties latérales il existe une calvitie presque complète.

Le *cuir chevelu*, pâle, présente des rides nombreuses, des squames, quelques croûtes sèches assez grosses, et d'autres petites en assez grand nombre. Les *sourcils* sont peu fournis ; les poils sont implantés verticalement de bas en haut et de dedans en dehors. Les *cils* sont assez rares à la paupière supérieure, très rares à la paupière inférieure.

On constate une absence complète de poils sur tout le reste du corps : aisselles, dos, thorax, anus, lèvres supérieures, joues. La peau a un aspect cireux, pâle. Les ongles sont assez minces, courts ; *on n'a besoin de les couper qu'à des intervalles très éloignés.* La peau des bourses est épaisse, ridée et, au premier abord, paraît œdématiée, mais l'empreinte des doigts ne s'y dessine pas.

Il existe quelques poils rares et courts au pénil ; la peau de la verge et surtout du prépuce est épaisse, ridée, comme boursoufflée, sans œdème.

Le prépuce est allongé et sa moitié inférieure forme une sorte de tablier qui dépasse la moitié antérieure de la largeur d'un centimètre. La verge, relativement grosse, a cinq centimètres et et demi de longueur et cinq centimètres de circonférence ; le gland est découvrable, le méat est normal. Les testicules ont la dimension d'une assez grosse noisette. Pas d'onanisme.

Crâne. — Il appartient au type brachycéphale ; voici les principales dimensions :

Circonférence horizontale : 53 c. 1/2 ; demi-circonférence.		25 1/2
Demi-circonférence en passant par le vertex		27 1/2
Diamètre maximum occipito-frontal		18
Diamètre pariétal maximum		13.2
—	bi-auriculaire	13.5
—	bi-temporal.	11.1

La face a toujours le même aspect ; joues volumineuses, gélatiniformes ; mêmes masses lipomateuses de chaque côté du cou formant comme une sorte de collerette et atteignant leur maximum de développement au-dessous des oreilles qu'elles touchent presque. Le nez épaté présente toujours son sillon transversal à la racine. Mêmes masses au niveau des pectoraux ; même aspect aux aisselles, aux membres (jambes, pieds, etc.).

Digestion. — Th... mangeait et buvait seul assez proprement ; la mastication était à peu près nulle ; il bavait continuellement à

cause du *prolapsus de la lèvre inférieure*, consécutif à la brûlure dont il a été question. L'abdomen est toujours volumineux. Les selles se faisaient tous les deux jours et étaient souvent dures. Th... était devenu propre et demandait « Pot », « chier ».

Voici quelques mensurations supplémentaires :

Cou très court, circonférence.	36 1/2	
Thorax, circonférence au-dessous des aisselles . . .	62	
— — au niveau des mamelons. . .	65	
Circonférence à 8 cent au-dessus de l'ombilic . . .	74	
— au niveau de l'ombilic.	66	
	à droite	à gauche.
Circonférence du bras au niveau des aisselles . . .	19	18
— — au niveau du pli du coude . .	19 1/2	18
— — au niveau du poignet. . . .	15 1/2	14
Circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aîne.	28 1/2	28 1/2
— au milieu de la rotule	24 1/2	24
Circonférence du cou-de-pied	13 1/2	18 1/2
— du pied à sa partie médiane	19 1/2	19 1/2

Au niveau des cuisses, des aînes et depuis l'ombilic jusqu'aux bourses, il existe une éruption furfuracée et parfois squameuse d'apparence pytiriasique attribuable en partie à ce que le malade qui n'urinait pas sous lui pendant le jour, urinait encore quelquefois au lit.

Autopsie (20 *novembre*).— La peau de l'abdomen, qui est fortement ballonné, offre une légère coloration verdâtre, un peu plus prononcée autour de l'ombilic. La rigidité cadavérique, assez prononcée aux membres supérieurs, l'est moins aux membres inférieurs. Sur la section médiane, on constate que le tissu cellulaire adipeux sous-cutané est luisant à la coupe, d'aspect œdématié, bien que la pression ne laisse pas d'empreinte; il est hypertrophié et son épaisseur (de 1 centimètre) va en diminuant progressivement de la fourchette à la poignée du sternum; de l'appendice xyphoïde au pubis le tissu cellulo-adipeux non œdématié est jaune, épais (1 cent. 1/2). — Le tissu adipeux sous-péritonéal, très abondant, paraît normal, ferme et présente une teinte jaune moins accentuée que le tissu adipeux sous-cutané. Les muscles droits, peu développés, flasques, sont décolorés (teinte feuille morte). A droite, le canal inguinal est plus large qu'à gauche, mais il n'y a pas de hernie. A mesure que s'opère la section du péritoine, la masse intestinale fait hernie et doit être contenue dans la main. Il s'écoule de la cavité abdominale une certaine quantité de liquide jaune citron, un peu avant que la coupe médiane du péritoine atteigne le pubis.

La veine ombilicale occupe sa situation normale; toutefois la partie du ligament suspenseur du foie, qui constitue la grande faulx du péritoine, a acquis un grand développement en hauteur; à la

partie moyenne, elle mesure 5 centimètres de largeur, sa longueur est de 13 centimètres.

A l'ouverture de la *cavité abdominale*, le *cæcum* se présente tout d'abord ; il est très dilaté, recouvre une partie du colon ascendant, du colon transverse et de l'estomac ; à 7 centimètres au-dessus de l'appendice vermiforme, le colon ascendant est tordu sur lui-même de façon que la surface antérieure du cæcum se trouve postérieure, et réciproquement, l'extrémité cæcale d'inférieure est devenue supérieure. Le tout forme une *tumeur* qui atteint une largeur de 11 centimètres 1/2. Le reste du colon ascendant et le colon transverse dans sa partie droite ne sont pas dilatés. La partie gauche du colon transverse, le *colon descendant* et l'S *iliaque* sont assez *dilatés*, on y sent des matières molles moulées ; l'intestin grêle, non dilaté, occupe sa situation normale ; le grand épiploon est remonté ; il n'est pas surchargé de graisse. L'*estomac* est dilaté. Au niveau de la torsion et ailleurs, on ne constate ni œdème, ni inflammation, ni ecchymoses, etc. Le cæcum ponctionné laisse échapper une grande quantité de gaz présentant l'odeur ordinaire, sans exagération. — La *vessie* est presque vide. — Le *foie* atteint le rebord costal ; le *diaphragme* remonte au bord supérieur de la quatrième côte à droite, au bord inférieur de la même côte à gauche. Les *muscles* pectoraux sont très décolorés, et ont presque l'apparence de muscles de grenouille; ils sont peu développés.

Cavité thoracique. — A l'ouverture du *thorax*, on constate la présence de brides longues et résistantes entre le sternum, les cartilages costaux et le poumon droit. Le tissu cellulo-adipeux qui recouvre le péricarde est *œdématié*, tremblotant. Le poumon gauche est refoulé en haut ; quelques brides relient sa face externe aux côtes ; la cavité pleurale gauche contient un liquide citrin clair. A droite, on constate de même quelques brides lamelliformes, assez longues et assez résistantes ; on trouve le même liquide citrin clair dans la cavité pleurale. Au devant des vaisseaux du cou, on trouve un peloton graisseux s'étendant jusque sur la partie antéro-supérieure du péricarde, ce peloton adipeux a la forme du lobe droit du thymus dont il semble occuper la place.

La cavité du *péricarde* contient une assez grande quantité (un verre environ) de liquide jaune citrin. Le *cœur* en systole est petit; sa pointe est formée par le ventricule gauche ; on trouve sur la face antérieure, près de la pointe, une petite plaque laiteuse; le ventricule droit est affaissé ; sur sa face antérieure se trouve également une petite plaque laiteuse; les deux oreillettes sont dilatées. La graisse qui se trouve à l'état normal dans les sillons est ici *beaucoup moins abondante que d'habitude*. L'*oreillette droite* renferme du sang liquide noir et quelques caillots fibri-

neux. Le ventricule gauche contient un peu de sang liquide. Les deux orifices auriculo-ventriculaires admettent avec peine la pulpe des deux doigts index et médius réunis de la main gauche. Les valvules sont suffisantes et saines. Le myocarde est pâle, mais cette pâleur est moins accentuée que celle des muscles de l'abdomen (épaisseur à droite, 12 mill.; à gauche, 3 mill. 1/2. Le trou du Botal est obturé. Sur la crosse de l'aorte, au-dessus des valvules, on trouve quatre larges *plaques athéromateuses* ; il en existe une autre petite dans l'espace sous-aortique.

Poumons. — A la coupe des *bronches*, il s'écoule un liquide muco-spumeux. A la partie postérieure du lobe inférieur gauche existe quelques petites *ecchymoses* sous-pleurales. Le tissu pulmonaire, très compacte au lobe inférieur, l'est moins au lobe supérieur et est partout très œdématié. Les bronches sont légèrement hyperémiées, on les poursuit très facilement jusqu'à la périphérie. — Le *poumon droit* possède ses trois lobes ordinaires, mais sur le lobe inférieur on rencontre une scissure profonde. On constate sur ce dernier lobe quelques petites ecchymoses ponctuées. Les lésions sont les mêmes qu'à gauche. — Sur la *plèvre pariétale* droite sont disséminées quelques petites ecchymoses. — La musculature du *diaphragme* est pâle, mais moins que celle du thorax.

Cavité abdominale. — *Rate* (300 grammes), rien de particulier. — *Pancréas*, normal. — *Uretères* normaux, le gauche sinueux. — *Capsules surrénales*, saines. — *Reins*. Le tissu cellulaire périnéphritique est comme œdématié. Le *rein gauche*, entouré d'une épaisse couche de graisse, se décortique facilement (quelques étoiles de Verrheyen) ; il paraît au toucher plus dur que d'habitude, sans qu'on puisse y constater à l'œil nu de lésions de néphrite interstitielle (épaisseur de la couche corticale : 4 millim.). — Le *rein droit* se décortique facilement; il est très lobulé, beaucoup plus petit que le gauche, plus ferme à la coupe. Sur la surface externe, on constate deux petites dépressions et un petit *kyste*.

Le *duodénum* contient un liquide renfermant des grumeaux blanchâtres. — L'*estomac* est rempli d'une masse coagulée provenant du lait; rien de particulier. — Le *canal cholédoque* est perméable ; il s'en écoule par la pression une bile claire, peu visqueuse. — *Vésicule biliaire* normale. — Le *tissu hépatique* semble un peu plus ferme que normalement. — Les *intestins* ne présentent rien à relever ; leur tunique interne, loin d'être hypertrophiée et infiltrée, paraît d'épaisseur normale et plutôt sèche. Pas de surcharge graisseuse du *mésentère*.

Le *bassin* est petit ; il mesure, dans le diamètre antéro-postérieur, 6 centim.; dans le diamètre transverse, 6 centim. 1/2.— Dans l'aîne gauche, on trouve deux *paquets ganglionnaires*, et un *ganglion* isolé dans une masse graisseuse.

Le *larynx* est étroit et présente un léger œdème des cordes vocales. — Le *pharynx* n'offre rien de particulier. MALGRÉ UNE RECHERCHE MINUTIEUSE, *on ne peut trouver trace du* CORPS THYROÏDE.

Les *nerfs grands splanchniques*, les *ganglions semi-lunaires*, la partie inférieure du *grand sympathique* paraissent absolument normaux ; les parties supérieure et dorsale du grand sympathique sont de même normales ; peut être, cependant, sont-elles un peu plus volumineuses qu'à l'ordinaire (?).

Cavité crânienne. — *Encéphale* : 1075 gr. — *Cervelet et isthme* : 115 gr. — *Isthme* : 15 gr. — *Protubérance* assez petite, symétrique, ainsi que le bulbe.— *Hémisphères cérebelleux*, égaux. — La *glande pinéale* a 4^{mm} environ de diamètre. — Le *corps pituitaire* a 15 à 16^{mm} de largeur et 1 centim. de hauteur; il est assez épais; paraît sensiblement hypertrophié. Lorsqu'on enlève le cerveau, il s'écoule une assez grande quantité de sang et de *liquide céphalo-rachidien*. La partie qui reste au fond de la calotte est d'environ 40 à 60 gr. — La *dure-mère* est assez adhérente au crâne : elle est gorgée de sang. — La *pie-mère* de la base est légèrement vascularisée; celle de la convexité, surtout dans une largeur de 3 ou 4 centim. au voisinage de la grande scissure, l'est au contraire à un degré très notable, d'un rouge bleuâtre et un peu œdémateuse. Il n'y a pas de différence entre les deux côtés.

Lorsqu'on examine la base du cerveau, on constate une différence très sensible de longueur entre les deux hémisphères : l'*hémisphère cérébral gauche* mesure 18 centim., l'hémisphère droit déborde le gauche un peu en avant et davantage en arrière. — Les *artères*, *nerfs*, *tubercules mamillaires*, *pédoncules*, sont symétriques, ainsi que les nerfs olfactifs. Les deux hémisphères cérébelleux sont égaux. — Pas de *traces d'athérome*.

La *pie-mère* est mince et s'enlève partout sans entraîner de substance corticale, sauf en quelques points très rares; sur un des plis de passage allant de la deuxième à la troisième circonvolution frontale, on trouve une *petite tumeur* de la grosseur d'une lentille, faisant une saillie d'un à deux millimètres.

Sur l'*hémisphère droit*, la pie-mère s'enlève facilement; elle est très mince, en quelques points principalement; le long de la grande scissure, on entraîne un peu de substance grise; à l'extrémité antérieure de la troisième frontale, on trouve une ecchymose superficielle de la substance grise. L'aspect des circonvolutions est luisant et rappelle, principalement sur les lobes temporaux et occipitaux, l'aspect du cerveau des nouveau-nés, sorte d'*aspect gélatiniforme*. Pas de *lésion en foyer ;* pas d'induration de la corne d'Ammon; pas de dilatation des ventricules. — Rien aux plexus choroïdes. — Les deux hémisphères cérébraux décortiqués son égaux.

Crâne. — Aucune *suture* de la voûte n'est ossifiée, sauf la

suture bi-frontale, dont on voit encore distinctement la trace, surtout sur la table externe; son tiers supérieur n'est pas ossifié et forme la plus grande partie de la fontanelle. Les sutures sont très apparentes; au niveau des sutures fronto-pariétales, et, latéralement, les pariétaux sont quelque peu plus proéminents que le frontal. — L'occipital proémine de même sur les pariétaux. — La *fontanelle antérieure* est persistante, son angle postérieur est cependant beaucoup réduit, elle a de ce fait une apparence presque triangulaire. Les pariétaux sont minces, hyperémiés; le frontal est d'une épaisseur moyenne, les deux tables sont peu développées, le diploé l'est davantage. L'occipital est peu développé. Vue par sa face interne, la calotte présente une ossification incomplète, au point de réunion des pariétaux et du frontal, correspondant à toute la fontanelle antérieure; sur les côtés on note une ossification incomplète, en arrière des sutures fronto-pariétales sur un espace d'environ un centimètre de largeur; l'artère méningée moyenne s'y est creusée des sillons profonds. Sur le frontal, à droite et près de la suture bi-frontale et à 4 centim. environ au-dessous du pariétal, on remarque une dépression arrondie de 1 centim. environ de diamètre.

Hémisphère gauche.— La scissure de Sylvius (Pl. III, *Sc. S.*) laisse à l'état frais une partie de l'insula à découvert; après un séjour de plusieurs mois dans l'alcool tout l'insula et les plis de passage du lobe temporal se trouvent à découvert. Elle possède deux rameaux antérieurs ascendants (a^1, a^2) et un rameau antérieur horizontal très profond et un peu sinueux. Le rameau postérieur horizontal (a^3) est très profond, large et se termine dans le lobule pariétal inférieur après un trajet de 18 millimètres le long de son bord inférieur.

Le *sillon de Rolando* (S. R.), profond et sinueux, prend son origine dans la scissure de Sylvius et est interrompu vers son quart inférieur par un pli de passage allant de la frontale ascendante à la pariétale ascendante.

La *scissure perpendiculaire externe* (*Sc. p. e.*) n'est séparée du pli courbe que par un pli de passage se dirigeant du lobule pariétal supérieur à la première circonvolution occipitale; son extrémité inférieure se trouve située à un centim. de l'extrémité postéro-supérieure de la scissure parallèle.

Lobule orbitaire. — La *scissure olfactive* est profonde. La *scissure orbitaire* assez profonde figure deux H accolés par l'un de leurs bords et possédant deux barres transversales. — Le *gyrus rectus* est peu volumineux. Les *première* et *deuxième circonvolutions orbitaires* sont bien développées. La partie moyenne du lobule orbitaire, surtout au niveau des deux branches transversales du double H, est très concave. L'incisure qui sépare le lobule orbitaire de la deuxième

circonvolution frontale est très profonde, mais est séparée du sillon fronto-marginal par une portion isolée de la deuxième circonvolution frontale et atteint à peine la partie antérieure de la scissure surcilière.

Lobe frontal. — La *scissure parallèle frontale* (Pl. III, *Sc. p. f.*) coupe la première circonvolution frontale près de la fente interhémisphérique; elle est irrégulière, sinueuse, interrompue par un pli de passage allant de la deuxième circonvolution frontale à la circonvolution frontale ascendante; elle se continue en bas avec un sillon oblique qui va se jeter dans le sillon de Rolando. La *scissure frontale inférieure* (*Sc. f. i.*) sinueuse est interrompue en avant par deux plis de passage reliant la deuxième circonvolution frontale à la troisième. — La *scissure frontale supérieure* (*Sc. f. s.*) est très irrégulière, très sinueuse, interrompue par de nombreux plis de passage se rendant de la première circonvolution frontale à la deuxième.

La *première circonvolution frontale* (Pl. III, F_1), très irrégulière, est découpée par des sillons enchevêtrés et il est par suite assez difficile d'établir la limite exacte entre elle et la deuxième circonvolution frontale; elle semble toutefois être dédoublée dans ses trois quarts postérieurs, mais ce dédoublement est très irrégulier, très sinueux, très sillonné et relié à la deuxième circonvolution frontale par quelques plis de passage.

Cette première circonvolution s'insère à la circonvolution frontale ascendante par un pli de passage à niveau, mais étroit, bordant la fente interhémisphérique.

La *deuxième circonvolution frontale* (F_2), qui s'insère à la circonvolution frontale ascendante par un pli de passage à niveau est elle-même très sinueuse, irrégulière, comme découpée en plusieurs tronçons par des sillons transversaux et obliques profonds; un pli de passage (pp.) la relie vers son tiers antérieur à la branche postérieure du V antérieur de la troisième circonvolution frontale. C'est sur ce pli de passage que se trouve une petite tumeur de la grosseur d'une lentille (*t.*), tumeur un peu surélevée, énucléable et à la partie supérieure de laquelle la pie-mère est adhérente. La *troisième circonvolution frontale* (F_3) est remarquable par son développement, et le dédoublement de son cap; en effet celui-ci représente un double V assez developpé, coïncidant avec les deux rameaux ascendants antérieurs de la scissure de Sylvius, dont nous avons déjà parlé plus haut.

La *circonvolution frontale ascendante* (F A) assez maigre, sauf vers sa partie médiane, est coupée par deux sillons antéro-postérieurs. Cette partie médiane isolée est reliée à la deuxième circonvolution frontale par un pli de passage à niveau et semble la continuer; il en résulte que celle-ci paraît s'insérer par un pli de

passage à niveau, qui interrompt la continuité du sillon de Rolando, sur la circonvolution pariétale ascendante. La partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante est accolée au pied de la 3e circonvolution frontale, fait corps avec lui, 1, et ne s'en distingue que par un pli vertical à peine marqué. — La *circonvolution pariétale ascendante* (P A) est assez maigre.

Le *lobule pariétal supérieur* (P_1) est sinueux, bien développé; un pli de passage à niveau le relie au lobe occipital.

La *scissure interpariétale* (*Sc. i*) prend son origine dans la profondeur de la scissure de Sylvius tout près du lobule de l'insula et atteint presque par son extrémité supérieure et verticale la fente interhémisphérique; cette extrémité est bifide et les deux branches ne sont distantes de cette fente que de 8 millimètres. La branche ascendante de la scissure représente un Y et forme ainsi une sorte de scissure parallèle pariétale. La scissure interpariétale après avoir décrit sa courbe normale se continue ensuite presque dans le lit du premier sillon occipital.

Le *lobule pariétal inférieur* (P_2) et le *pli courbe* (P_3) sont sinueux, assez bien développés; un pli de passage relie celui-ci au lobule pariétal inférieur.

Le *lobe occipital* (L O) nettement séparé du lobe temporal est relié au lobule pariétal supérieur par un pli de passage à niveau et au pli courbe par un autre petit pli de passage allant à la partie inférieure et antérieure de la deuxième circonvolution occipitale. Tous les sillons et toutes les circonvolutions de ce lobe, de forme normale, occupent leur position ordinaire, et sont assez bien développés.

Le *lobe temporal* est assez volumineux, sauf dans son quar postérieur, où la deuxième et surtout la troisième circonvolution temporales se trouvent en retrait, *e*, sur le lobe occipital et les parties antérieures du lobe temporal. — La *première circonvolution* temporale (T_1) se confond avec la partie postérieure du lobule pariétal inférieur. La *scissure parallèle* (*Sc. p.*) est sinueuse et très profonde. La *deuxième circonvolution temporale* (T_2) est bien développée dans sa partie antérieure. — La *deuxième scissure temporale* (*Sc. t_2.*) sinueuse, irrégulière, est interrompue par trois plis de passage se rendant de la deuxième à la troisième circonvolution temporale qui, elle aussi, est assez bien developpée dans ses parties antérieures. *L'incisure préoccipitale* (*In. pré.*) se réunit à la partie la plus postérieure de la deuxième scissure temporale, séparant ainsi nettement le lobe temporal du lobe occipital.

On trouve encore *quatre circonvolutions temporales transverses*, 3, ou *plis de passage temporo-pariétaux* qui, se dirigeant vers le fond de la scissure de Sylvius en arrière de l'insula, viennent se perdre dans le lobule pariétal inférieur.

La *première scissure temporo-occipitale* (Pl. II, *Sc. to*) est sinueuse, peu profonde, irrégulière, interrompue par un pli de passage se rendant de la troisième circonvolution temporale au *lobule fusiforme* ($T O_1$) peu développé, mais non atrophié. La *deuxième scissure temporo-occipitale* (*Sc.* to_2) est sinueuse, assez profonde, interrompue également par un pli de passage allant du lobule fusiforme au *lobule lingual* (TO_2) en sorte que la partie postérieure de la deuxième scissure semble se continuer directement avec la partie antérieure de la première scissure.

Face interne. — La *scissure calloso-marginale* (*Sc. c.m.*) est assez profonde, normale dans ses différentes parties. La *première circonvolution frontale interne* (F_1) est bien développée, très sinueuse. Le *lobule paracentral* (LP), moyennement développé surtout à sa partie supérieure, présente vers son tiers inférieur un petit sillon superficiel et horizontal de 4 millimètres, relié à la scissure calloso-marginale par un petit sillon également superficiel partant de son extrémité antérieure. La *circonvolution du corps calleux* (C. C. C.) est bien développée, normale. — Le *lobe quadrilatère* (L Q) est très développé, en continuité par les plis de passage pariéto-limbiques antérieur (*p. p. a*) et postérieur (*p. p. p.*) avec la circonvolution du corps calleux, dont il est séparé à sa partie médiane par une scissure sous-pariétale (*Sc. sp.*). — La *scissure perpendiculaire interne* (*Sc. p. i.*) est très profonde, béante. — Le *coin* (C) paraît peu développé. — La *fissure calcarine* (*F. ca*), décrit une courbe à convexité supérieure.

Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique*, ne présentent rien de particulier.

Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* (Pl. V, *Sc. S.*), dont les deux lèvres très écartées, laisse voir comme à gauche toutes les circonvolutions de l'insula et les plis de passage temporo-pariétaux. Elle est bifide à son extrémité postérieure. Les deux rameaux antérieurs ascendant (*a*) et horizontal sont normaux et circonscrivent le cap simple, normal, de la troisième circonvolution frontale.

Le *sillon de Rolando* (S. R.), sinueux, assez profond, est interrompu vers son quart inférieur par un pli de passage allant de la circonvolution frontale ascendante à la circonvolution pariétale ascendante.

La *scissure perpendiculaire externe* (*Sc. p. e*) est complète et va se perdre dans le lit de la scissure parallèle.

Lobule orbitaire. — La *scissure olfactive* est profonde. La *scissure orbitaire* est simple, le lobule à son niveau est concave ; on rencontre en outre sur les circonvolutions orbitaires de nombreux plis irréguliers; la branche interne de l'incisure en H va se perder

dans un petit sillon marginal antérieur. Les circonvolutions du lobule orbitaire ne présentent rien autre chose de particulier.

Lobe frontal. — Il existe de ce côté une *scissure parallèle frontale* (Pl. V, *Sc. p. f.*) complète, ininterrompue, commençant à 4 millimètres de la grande scissure interhémisphérique pour s'arrêter à 4 millimètres de la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius. — *La scissure frontale supérieure* (*Sc. f. s.*) est sinueuse, assez profonde, ainsi que la *scissure frontale inférieure* (*Sc. f. i.*), séparée de la scissure parallèle frontale par un pli de passage allant de la deuxième circonvolution frontale à la troisième; cette scissure frontale inférieure est encore interrompue dans son trajet par un autre pli de passage se rendant de la deuxième circonvolution frontale au centre du cap de la troisième circonvolution frontale. La *première circonvolution frontale* (F_1) est peu développée; la *seconde* (F_2), très irrégulière par suite des nombreux plis qui la sillonnent, paraît dédoublée et bien développée. En avant du lobe frontal se trouve un pli de passage transversal, réunissant les trois circonvolutions frontales et laissant en avant de lui une petite portion des première et deuxième circonvolutions frontales. La *troisième circonvolution frontale* (F_3), sinueuse, est assez bien développée. — La *circonvolution frontale ascendante* (F A) également assez bien développée et sinueuse.

La *circonvolution pariétale ascendante* (P. A.) est maigre, surtout à sa partie médiane. Le *lobule pariétal supérieur* (P_1), irrégulier, est très découpé; des plis de passage transversaux le rattachent au lobule pariétal inférieur. La *scissure interpariétale* (*Sc. i.*) prend son origine dans la scissure de Sylvius et s'arrête à 12 millimètres de la scissure inter-hémisphérique; elle est bifide à son extrémité supérieure et verticale et forme un λ, représentant une sorte de scissure parallèle pariétale. Au niveau de sa courbe, puis à sa partie médiane, elle est interrompue par les plis transversaux dont nous venons de parler; elle se prolonge ensuite presque dans le sillon occipital transverse. — Le *lobule pariétal inférieur* (P_2), est sinueux, très découpé, irrégulier; le *sillon vertical* (*b*) qui le sépare du pli courbe se prolonge en haut au delà de la scissure inter-hémisphérique. Le *pli courbe* (P_3), irrégulier, est divisé par le prolongement de la scissure perpendiculaire externe (*c*) qui va se jeter dans la scissure parallèle.

Le *lobe occipital* (L, O), nettement séparé des lobes pariétal et temporal, est par suite dépourvu de plis de passage se rendant à ces deux lobes; il est assez irrégulier, peu développé, mais on y retrouve les formes de ses scissures et de ses trois circonvolutions; enfin, il est un peu en retrait sur le lobe temporal.

Le *lobe temporal* est bien développé; sa *première circonvolu-*

tion (T_1) se confond avec la partie postérieure du lobule pariétal inférieur. — La *scissure parallèle* (*Sc. p.*) est sinueuse et très profonde. Les *deuxième* et *troisième circonvolutions temporales* (T_2, T_3), sont bien développées, mais à leur partie postérieure elles sont un peu chagrinées et en retrait comme de l'autre côté. — La *deuxième scissure temporale* (*Sc.* t_2) est sinueuse, irrégulière, interrompue par des plis de passage allant de la deuxième à la troisième circonvolution temporale; en arrière, une de ses portions isolées (*sillon occipital antérieur* (*d*) sépare nettement en se réunissant à l'incisure préoccipitale (*In. pré.*) le lobe temporal du lobe occipital. — Il existe *trois circonvolutions temporales* (3), transverses ou plis de passage temporo-pariétaux, situées à la partie postérieure de l'insula, dont les circonvolutions sont bien développées.

La première *scissure temporo-occipitale* (Pl. IV, *Sc. to*) est interrompue vers son milieu par des plis de passage se dirigeant de la troisième circonvolution temporale à la *première circonvolution temporo-occipitale* (T O_1) sinueuse; un sillon oblique réunit cette scissure à la moitié postérieure de la *deuxième scissure temporo-occipitale* (*Sc.* to_2.). Un pli de passage relie le *lobule fusiforme* au *lobule lingual* (T. O_4) ; ces deux lobules sont assez bien développés.

Face interne. — La *scissure calloso-marginale* (*Sc. c. m.*), assez profonde, est normale dans ses différentes parties; elle communique par un sillon avec l'extrémité de la branche verticale de l'γ grec qui se trouve sur le lobule paracentral : elle se trouve isolée par un pont de substance nerveuse de l'incisure préovalaire (*e*), limitant en avant le lobule paracentral. — La *première circonvolution frontale interne* (F_1) est bien développée, sinueuse. — Le *lobule paracentral* (L P) est plus large, plus développé qu'à gauche, déborde en avant et en arrière les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. On remarque un peu en avant de sa partie médiane un sillon en γ grec assez profond, et en arrière un autre petit sillon transversal assez superficiel. — La *circonvolution du corps calleux* (C. C. C.) est bien développée, normale. — Le *lobe quadrilatère* (L. Q.), très développé, présente en avant un sillon transversal profond, communiquant avec la scissure *sous-pariétale* (*Sc. s. p.*) en avant et en arrière de laquelle se trouvent les plis de passage pariéto-limbiques antérieur et postérieur (*p. p. a.*—*p. p. p.*).—La *scissure perpendiculaire interne* (*Sc. p. i.*) profonde se termine à 2 centimètres du bord supérieur de la fente interhémisphérique, sans aller rejoindre la scissure calcarine dont elle est séparée d'un centimètre. En arrière et parallèlement à elle, sur le coin, se trouve une autre scissure (*d*) plus profonde qui va se jeter dans la scissure calcarine. Le *coin* (C.) est

assez développé. — La *fissure calcarine* (*F. ca.*), en dehors des anomalies déjà signalées, est assez profonde.

Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique*, sont normaux.

Cervelet. — Les *hémisphères cérébelleux* paraissent normaux.

Analyse de la peau. — Nous avons fait faire deux analyses de fragments de la peau ; voici les notes qui nous ont été transmises :

1° *Analyse de M. Yvon :*

	GR.
Graisse	35,98
Matières azotées (muscles et matières albuminoïdes).	11,93
Sels minéraux	0,44
Eau	51,97
	100,00

2° *Analyse de M. Thabuis.* — « Le morceau de peau dans lequel j'avais, dit-il, à rechercher la mucine pesait, humide, 135 grammes, après que j'eus enlevé le tissu adipeux sous-jacent ainsi que certaines portions de muscles qui s'y trouvaient adhérentes.

« Pour rechercher la mucine dans cette peau, j'ai suivi la méthode indiquée par Eichwald pour l'extraction de la mucine, de l'*Helix pomatia*. A cet effet, la peau a été coupée et hachée en morceaux aussi fins que possible; le produit presque pulpeux ainsi obtenu a été mélangé avec du sable lavé, soumis à l'ébullition avec de l'eau pendant environ une demi-heure. Le magma obtenu a été filtré et la liqueur a été additionnée d'un excès d'acide acétique. Un trouble blanc, laiteux, s'est produit. J'ai laissé déposer environ douze heures et au bout de ce temps, il s'était formé, au fond du vase contenant le liquide, un très léger précipité floconneux que j'ai séparé par filtration, lavé à l'eau acidulée par l'acide acétique et à l'eau pure. Puis, comme j'avais un peu de précipité, je l'ai redissous sur le filtre avec de l'eau de chaux. Cette liqueur a été traitée de nouveau par l'acide acétique. Sur le nouveau précipité ainsi obtenu et lavé, j'ai essayé quelques caractères de la mucine ; n'ayant qu'une très faible quantité de substance à ma disposition, j'ai constaté : 1° sa solubilité dans les alcalis et les acides minéraux, son insolubilité dans l'acide acétique. L'alcool précipitait sa solution aqueuse, le réactif de Millon la colorait en rouge violet. En conséquence, d'après ces quelques réactions, nous avions bien affaire à de la mucine, mais la proportion bien faible qui a été obtenue ne permet pas de tirer une conclusion bien nette sur la présence réelle de la mucine dans le tissu cutané. »

Dans les antécédents héréditaires de Th..., nous ne trouvons aucun *idiot* ou *épileptique*; le père, intelligent, présentait seul une *malformation* du bras gauche, et, sauf une cousine de la mère au troisième degré, on n'aurait jamais connu de *goîtreux* dans la famille.

Jusque vers l'âge de quinze mois, le *Pacha* se serait développé normalement; il marchait un peu, était affectueux et prononçait quelques mots. Il ne peut donc être question chez lui de crétinisme congénital proprement dit. Peut-on faire intervenir dans l'étiologie de la maladie son séjour jusqu'à un an dans un logement humide, les convulsions (?) et la chute qu'il aurait faite vers quinze mois ? C'est ce que nous ne saurions dire. Toujours est-il que c'est vers cette dernière époque que semble remonter le début de l'affection; la marche, la parole, etc., loin de progresser, diminuèrent et, en 1880 (à près de vingt ans), nous le trouvons à Bicêtre, présentant tous les signes de l'*idiotie avec cachexie pachydermique*.

Durant le temps où il a été soumis à notre observation, Th... a été atteint à diverses reprises d'*érysipèle*, de même que la première malade de Curling; mais, contrairement à ce qui a eu lieu chez la malade de Curling, ces érysipèles n'ont nullement amélioré son état intellectuel. Le traitement (toniques, bains salés, exercices) auquel il fut soumis permit cependant d'obtenir une amélioration relativement assez accusée. En 1879, lorsque l'un de nous a pris possession du service, le *Pacha* était gâteux, atteint d'une *chute du rectum* déjà ancienne et il demeurait confiné au lit sur les recommandations de sa mère, sous prétexte qu'il était très sensible au froid. Aussi avait-il désappris

à marcher. A l'époque de sa mort, il était propre, marchait tenu simplement à la main; il était devenu, au moins par moments, plus expansif, mais son état intellectuel ne s'était pas sensiblement modifié; son répertoire de mots restait toujours à peu près aussi pauvre; souvent il fallait une excitation forte, c'est-à-dire élever la voix et répéter les questions, pour attirer son attention, pour le faire regarder; les réponses ne se produisaient qu'avec lenteur et paresse. Parfois, à la visite, lorsqu'il était bien disposé, si on ne s'arrêtait pas à lui, il regardait, puis poussait un cri pour attirer l'attention.

Nous ajouterons que tout signe de *puberté* faisait défaut et que Th..., tant au point de vue intellectuel que physique, avait subi un véritable *arrêt de développement.*

Voilà pour le côté clinique. Si maintenant nous examinons les faits principaux qui nous sont fournis par l'autopsie, nous constaterons *l'absence de toute trace de glande thyroïde*, la présence de différents épanchements séreux dans les plèvres, le péricarde, un météorisme intestinal en rapport avec l'atonie musculaire des fibres lisses de l'intestin et des fibres striées musculaires de la paroi abdominale.

Le tissu adipeux sous-cutané, abondant dans toutes les régions, comme œdémateux, luisant, mais en réalité non œdémateux, sur la paroi antérieure du thorax, formait aux aisselles et au-dessus des clavicules ces masses ou tumeurs mollasses, d'aspect lipomateux, que nous avons décrites. Ces masses ne présentaient pas de limites tranchées et se confondaient à leur périphérie d'une façon diffuse avec le tissu adipeux sous-

cutané environnant. Elles avaient tous les caractères qui sont représentés dans la figure 7 (p. 144).

Enfin, comme dans un certain nombre d'observations du même genre, celle de Curling entre autres, nous trouvons la *fontanelle antérieure persistante*.

En ce qui concerne le *cerveau*, la description minutieuse que nous avons donnée nous dispense de faire de longues réflexions. Toutefois nous devons signaler, d'une façon spéciale, les points suivants :

1° Les *circonvolutions* sont en général petites, et, en particulier les *circonvolutions frontales et pariétales ascendantes*. Nous insisterons spécialement sur la *troisième circonvolution frontale gauche*, dont le *cap est dédoublé*, cette circonvolution est, du reste, bien développée sauf le pied qui fait corps avec la frontale ascendante et ne s'en distingue que par une scissure très superficielle. Ce dédoublement n'avait encore été signalé jusqu'ici que sur certains cerveaux d'hommes distingués, entre autres sur celui de Gambetta ; chez celui-ci, le cap antérieur était plus développé, au contraire du *Pacha* où le cap postérieur est plus développé ; on voit que ce dédoublement du cap peut aussi se rencontrer sur des idiots à parole presque nulle. Ce fait démontre une fois de plus que, si la forme des circonvolutions est importante, leur structure intime l'est encore davantage, et que ces deux choses ne peuvent être séparées.

Nous appellerons encore l'attention sur les *plis de passage* se rendant de la *deuxième circonvolution frontale* à la frontale ascendante et qui, en allant par l'intermédiaire de celle-ci s'insérer à la *pariétale ascendante*, semblent continuer la deuxième frontale jusqu'à la

pariétale ascendante. Cette disposition, qui est loin d'être très rare est tantôt complète, tantôt incomplète. — Enfin nous trouvons quatre plis de passage temporo-pariétaux à gauche, et trois à droite.

2° Les *sillons* sont remarquables par leur irrégularité; la *scissure interpariétale* se continue de chaque côté dans le premier sillon temporal, et la *scissure perpendiculaire externe* descend, comme chez la singe, jusqu'au lobe temporal. La *scissure de Sylvius* laisse des deux côtés le lobule de l'insula à découvert. — Les *petites scissures* sont également très irrégulières, sinueuses, et ne permettent souvent que de limiter avec peine les parties appartenant à telle ou telle circonvolution. Nous appellerons seulement l'attention sur la *forme étoilée* de la *scissure sous-pariétale* gauche.

3° Enfin le *corps pituitaire* paraissait sensiblement hypertrophié.

Nous reprenons maintenant l'exposé des cas d'*idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique*, publiés par les auteurs. Voici un cas de M. Bouchaud[1], paru en 1884, et que nous reproduisons complètement en raison de l'intérêt qu'il présente.

Observation VII. — *Crétinisme sporadique compliqué de nanisme. — Pas d'antécédents héréditaires. — Coqueluche et rougeole à sept mois; arrêt de développement physique et intellectuel consécutif. Etat du malade à seize ans et demi. — Aucun signe de puberté. — Idiotie : parole limitée à quelques monosyllabes; défaut d'attention; marche très difficile; gâtisme; inertie physique. — Erythème; refroidissement progressif; mort. — Autopsie : péricardite; absence du corps thyroïde.*

W... (François), âgé de seize ans et demi, est admis à l'asile de Lommelet, le 22 avril 1882. Son dossier ne contenant d'autres

[1] *Journal des sciences médicales de Lille*, 1883, 5 et 20 décembre.

renseignements que ceux qui concernent son état actuel, M. Lalo, étudiant en médecine, qui a bien voulu se charger de prendre des renseignements sur les lieux, est parvenu à nous fournir les documents suivants : Né à Béthune, W... a vécu dans une maison qui est établie dans de bonnes conditions hygiéniques ; elle est aérée et propre ; il n'y a pas de marais dans les environs. Dans la ville et le pays voisin, on ne rencontre pas de crétins; le goître y est rare et la population est saine. — Le *père*, âgé actuellement de quarante-cinq ans, paraît très intelligent ; il est d'une constitution robuste et sa taille est de 1 m. 70. — La *mère* est morte à l'âge de 40 ans, dix-huit mois après être accouchée de son dernier enfant, à la suite d'une maladie dont il n'est pas possible de savoir le nom. — Il y a eu *cinq enfants* ; quatre filles et un garçon. Ils sont tous vivants. Tous sont forts et bien constitués, sauf la fille cadette, âgée de quinze ans, qui est un peu délicate. La fille aînée, âgée de vingt-deux ans, qui a été nourrice à Paris, est sur le point d'accoucher de son deuxième enfant et se propose encore de redevenir nourrice. Le troisième enfant est un garçon, âgé de treize ans, et les deux autres sont des filles, âgées de huit et cinq ans. Rien à noter du côté des autres parents ; les ascendants du côté du père et de la mère sont morts à un âge avancé.

W..., né à terme, est venu au monde bien développé ; il aurait pesé, s'il faut en croire le père, 12 livres à sa naissance, ce qui est assurément une exagération, mais donne une idée de la force du sujet. La croissance fut normale jusqu'à l'âge de sept mois ; à cette époque l'enfant aurait eu la *coqueluche* et la *rougeole*, et, à partir de ce moment, il aurait cessé de grandir d'une manière sensible. L'intelligence a subi le même arrêt de développement que le corps.

Etat actuel. — W... ressemble beaucoup à un petit enfant ; il en a le caractère et la *taille* ; on lui donnerait deux à trois ans, si sa face n'offrait un air vieillot, bien différent de celui de cet âge, et si la grosseur des diverses parties du corps, de la tête, du tronc, des membres, n'était démesurément exagérée. La tête, en effet, est volumineuse, le col est court, le tronc est trapu, et les membres sont fort gros. — Le *crâne* n'est pas sensiblement déformé ; il est symétrique et un peu aplati de haut en bas. La *fontanelle antérieure* persiste ; on sent un espace membraneux à travers lequel on pourrait passer le bout du doigt. La chevelure est blonde, peu abondante. — La *face* est large, le front peu élevé; le *nez*, déprimé à son origine est très large à sa base. Les *lèvres* sont très épaisses et l'ouverture buccale, ordinairement béante, donne issue à la *langue*, qui est très volumineuse et semble ne pouvoir se loger que très difficilement dans la bouche, aussi est-elle habituellement en partie hors de cette cavité. Les dents sont petites, mal conformées, il en manque plusieurs et la plupart de celles qui existent

sont cariées. Le ventre est saillant, arrondi, volumineux. Pas de poils au pubis. La *verge* est celle d'un enfant; les testicules ont la grosseur d'une petite noisette.

La *peau* est pâle, lisse et peu tendue ; elle est mobile sous les tissus sous-jacents qui sont mous et flasques. On sent qu'il existe une légère couche de graisse sur toute la surface du corps. Les mains et les pieds sont *potelés* comme ceux d'un enfant ; la peau y est même tendue et d'une teinte foncée, légèrement rougeâtre, on dirait de l'*œdème* des nouveau-nés. — La muqueuse des lèvres et des conjonctives est également pâle ; les paupières supérieures sont légèrement gonflées.

L'*intelligence* a subi un *arrêt complet de développement*, c'est celle d'un enfant qui commence à parler, avec moins de vivacité et plus de lenteur dans ses manifestations. Aussi les traits du visage sont-ils peu mobiles et presque sans expression. Parfois cependant l'enfant sourit ; il devient même gai dans certaines circonstances ; ainsi quand on lui met un chat entre les mains, il le caresse et prend une figure riante et pousse quelques cris de joie; il est toujours calme et habituellement silencieux ; il fait à peine entendre par moment un bruit inarticulé, une espèce de gémissement (heen...), rarement il profère quelques mots faciles à prononcer, tels que cat (chat), faim, etc. Il prête une faible attention à ce qui se passe autour de lui et ne comprend que quelques expressions très simples, comme celle de donner la main, quand on le lui demande, et autres semblables. Ces désirs sont très bornés et peu nombreux. Il indique avec le doigt ce qu'il veut obtenir; s'il éprouve, par exemple, l'envie de monter sur sa chaise ou en descendre. Il est dénué de sentiments affectueux, il ne s'attache à personne et ne paraît pas reconnaître ceux qui lui donnent des soins.

La *sensibilité physique* est également fort obtuse ; il se montre très peu impressionnable quand on irrite la peau. Les *sens* sont intacts ; il voit et il entend ; l'odorat et le goût paraissent cependant peu développés. — Il est faible et très apathique, aussi reste-t-il la plus grande partie du temps assis et immobile. Il peut à peine marcher seul, on est obligé de lui donner la main et encore n'est-il capable de faire que quelques pas. Outre qu'ils sont peu énergiques, tous ses mouvements se font remarquer par leur peu d'activité.

L'appétit est médiocre, il mange peu et très lentement ; l'embonpoint est cependant relativement considérable. Incapable d'avertir quand il a un besoin à satisfaire, il est naturellement *gâteux* ; c'est à peine s'il mange seul les aliments qu'on lui sert.

Les *battements du pouls* sont extrêmement petits et faibles ; on les sent difficilement au poignet. Ceux du cœur sont également

très faibles, mais réguliers. Quant aux bruits cardiaques, ils sont nets, mais profonds, sourds. — La *respiration* et la *température axillaire* sont sensiblement normales. Voici les chiffres obtenus : P. 80; R. 18; T. ax. 36°,9. — Le *poids* du corps et les dimensions de quelques-uns des organes les plus importants se résument ainsi :

Poids du corps	17	kilog.
Taille — du sommet de la tête aux épaules	14	cent.
Taille — des épaules au périnée	40	—
Taille — du périnée aux talons	36	—
Contour du thorax	61	—
— de l'abdomen	65	—
Crâne, circonférence horizontale	52	—
— diamètre antéro-postérieur	18	—
— du menton à l'occiput	22	—
— diamètre bi-pariétal	14	—
— — bi-temporal	10	—
— de la racine du nez au menton	11	—
— longueur du nez	3	—
— largeur du nez (narines)	3	—
Longueur du bras	35	—
— de l'humérus	12	—
— du radius	12	—
— de la paume de la main	5	—
— du médius	6	—
Circonférence du poignet	14	—
Largeur de la main	6	—
Circonférence de la cuisse à son origine	32	—
— du mollet	22	—
Longueur du pied	12	—
Circonférence du pied à sa racine	17	—

Jusqu'au 7 *mars* 1883, la santé de W... se maintient dans un état très satisfaisant. On s'aperçoit alors que la peau des organes génitaux et celle qui recouvre la face interne des cuisses, dans une grande étendue, est d'un rouge vif ; le prépuce surtout est fort épaissi, allongé, rouge et douloureux. Cet érythème paraissant dû au contact des urines, dont l'émission est inconsciente, nous prescrivons pour éviter ce contact, de laisser l'enfant au lit et de lui tenir les jambes écartées.

10. — L'intensité de la rougeur a diminué rapidement, mais l'enfant est triste, abattu et n'a plus d'appétit. On le fait passer à à l'infirmerie.

14. — W... est toujours calme, mais abattu, et ne prend presque aucun aliment. On ne constate cependant aucun phénomène grave ; pas de fièvre, pas de toux, pas de géne de respiration, etc. Dès son entrée à l'infirmerie, on a remarqué que sa peau était froide, mais on a négligé d'examiner l'état de la tem-

pérature centrale; hier seulement elle a été prise et on a trouvé : 1 h. de l'après midi, T. ax. 32°,4. La température atmosphérique est assez froide. Cette nuit le thermomètre est descendu vers 4 ou 5° au-dessous de zéro, mais dans les salles de l'infirmerie, la température est toujours assez élevée et ne paraît pas descendre au-dessous de 15°.

Ce matin, la peau est encore froide et le thermomètre placé sous l'aisselle nous donne : à 8 h. du matin, T. 33°; P. 64, à 1 h. du soir, T. 33°. L'inappétence persiste, W.... ne prend aucun aliment solide; il accepte simplement un peu de lait. Il est affaissé, reste couché sur le côté droit ou à demi assis dans son lit.

Il ne tousse pas, la respiration est un peu gênée. A l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire en arrière et en bas; pas de râle; bruits du cœur sourds, profonds, difficilement perçus. Pouls presque insensible.

15. — L'érythème a à peu près entièrement disparu, mais l'abattement est considérable. T. ax., le matin, à 8 h., 34°; le soir, à 6 h. 1/2, 34°. Respiration lente et inégale.

16. — Même état. Le matin, à 8 h., T. ax. 34° 6. Le soir, à 7 h., 34°,1. — Mort dans la nuit, à 5 heures du matin.

Autopsie. — Nous procédons à l'examen cadavérique avec le concours de deux de nos collègues. Des incisions faites à la peau mettent à découvert une épaisse couche de tissu cellulo-graisseux. Nulle part on ne trouve d'infiltration œdémateuse, ni aux mains, ni aux pieds, ni à la face. On enlève la partie antérieure du thorax et une poche globuleuse, d'un volume considérable, apparaît sur la ligne médiane. C'est le péricarde distendu par une grande *quantité de liquide*. Il présente 11 centimètres dans le sens de la hauteur et dans le sens de la largeur. Une ponction faite à l'aide d'un trocart permet de retirer 450 gr. de sérosité claire, transparente, de couleur légèrement citrine où le refroidissement ne fait naître aucun nuage; mais qui, sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique, se coagule en masse. Le *péricarde*, incisé et vu par sa face interne, paraît légèrement opaque et un peu grisâtre. Sur la crosse de l'aorte on remarque quelques petits vaisseaux dilatés et gorgés de sang et même de petites ecchymoses. — Le *cœur* est distendu par une grande quantité de caillots sanguins qui remplissent les cavités droites et gauches. La valvule mitrale est légèrement opaque, grisâtre et un peu épaissie. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, leurs bords libres surtout, sont très épaisses, légèrement rosées et demi-transparentes. On dirait une infiltration de matière *gélatineuse*, de gelée de pommes; mais la consistance est assez ferme; on trouve une certaine résistance quand on les comprime avec les doigts. A l'intérieur de l'*aorte*, dans toute son étendue, près du cœur surtout et dans l'intérieur des carotides à

un degré moindre, on trouve une multitude de petites saillies, du volume d'un petit grain de mil, d'un gris jaunâtre, non dures comme les dépots crétacés, mais demi molles.

Le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* ne présentent pas de lésions qui méritent d'être notées. Cependant, du côté droit, la plèvre est le siège de nombreuses adhérences, déjà anciennes et assez résistantes.

Les *testicules* sont de la grosseur d'une petite noisette. La *langue* est relativement énorme; de l'extrémité du V lingual à la pointe, elle mesure 7 cent. Sa largeur est de 5 cent. et son épaisseur de 2 à 3 cent. Le *larynx* et la *trachée* ayant été enlevés en même temps que les poumons et l'œsophage, après une incision de la peau pratiquée sur la ligne médiane, on recherche le CORPS THYROÏDE entre la trachée et les muscles qui ont été assez bien conservés et ON N'EN TROUVE AUCUNE TRACE.

Le *grand sympathique* de la région thoracique paraît *normal*; au cou, on ne trouve que deux ganglions; l'inférieur a une longueur d'un centimètre et demi; le supérieur est beaucoup plus volumineux : il a une longueur de 2 centimètres environ et une largeur de 5 à 6 millimètres.

Les enveloppes du *crâne* s'enlèvent facilement. La boîte crânienne ayant été sciée, il devient impossible de le décoller de la *dure-mère*. Celle-ci adhère très fortement aux sutures osseuses et surtout à la *fontanelle antérieure qui, n'étant pas ossifiée*, est constituée par une membrane fibreuse, forte et étendue. Le *cerveau* paraît régulièrement développé et semblable à celui d'un adulte. Les principales circonvolutions sont bien dessinées et volumineuses; les sillons sont profonds et étroits.

La *dentition* est très défectueuse. Nous trouvons : Incisive, $\frac{2-2}{2-2}$; canine, $\frac{1-1}{1-1}$; première molaire, $\frac{1re, 2e - 2e}{0-0}$; deuxième molaire, $\frac{1re-1re}{1re-0}$. L'extraction de ces dents nous apprend que ce sont des dents de la seconde dentition; les premières n'ont qu'une racine conique très longue, les grosses molaires sont plus ou moins cariées; de quelques-unes il ne reste plus que la racine.

Les principaux organes ont été pesés et nous ont donné les chiffres suivants :

Poids du corps			17k500
Encéphale	Hémisphère droit	502 gr.	1 170
	— gauche	509	
	Cervelet, mésocéphale	159	
Poumons			425
Cœur			100
Foie			630
Rate			38
Reins			130
Langue			67

On fait macérer le squelette et on trouve, au bout de peu de temps, que tous les os du crâne se sont séparés les uns des autres, ce qui indique que la soudure des articulations était fort incomplète. Les épiphyses des os longs se séparent également de la diaphyse avec une grande facilité.

M. Bouchaud, après avoir rapporté ce cas qu'il rattache au crétinisme sporadique, croit devoir rejeter l'hypothèse du myxœdème en se basant sur ce qu'il n'a trouvé à l'autopsie ni sérosité, ni substance colloïde, mais simplement une épaisse couche de graisse sous-cutanée. Il est à noter, du reste, que l'examen chimique de cette peau n'a pas été pratiqué et que la présence de la mucine a paru faire défaut dans un certain nombre de cas de myxœdème. Tous les autres symptômes observés par M. Bouchaud sont bien ceux de l'*idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique*. L'auteur en a lui-même le sentiment, car, à plusieurs reprises, il insiste sur le rapprochement qui peut être établi entre le crétinisme et le myxœdème. Il est probable que, s'il avait eu l'occasion de voir auparavant quelques cas types de myxœdème, il n'aurait pas hésité. Nous ajouterons que l'absence de la glande thyroïde fournit un argument puissant en faveur de notre interprétation.

Le *Progrès médical* a publié, le 4 février 1882[1], un autre cas d'idiotie crétinoïde, observé par M. Charpentier dans le service de Legrand du Saulle. Nous le relatons tel qu'il a paru à cette époque.

OBSERVATION VIII. — *Oncle paternel aliéné; tante maternelle rachitique. — Carie lombaire à cinq mois, puis convulsions jusqu'à onze mois; affaiblissement physique et intellectuel. — Idiotie complète; alitement; gâtisme; marche et parole nulles; bouffissure de*

[1] Charpentier. — *Nouveau cas de myxœdème ou cachexie pachydermique.*

la face; tuméfaction des paupières; épaississement de la langue; bave; œdème sur les mains; cheveux rares; absence de goître.

La nommée Sachse Elise, quatre ans, admise en février 1881, présente un ensemble de symptômes qui rappellent la cachexie pachydermique, expression heureuse de M. le professeur Charcot, pour désigner le myxœdème des auteurs anglais ou une forme de l'état crétinoïde de M. Baillarger.

La physionomie de la malade attira notre attention par la ressemblance qu'elle offrait avec le *Pacha,* idiot de Bicêtre, dont M. Bourneville a publié l'observation, comme cas de cachexie pachydermique. En effet, elle a le visage bouffi, arrondi transversalement, en forme de boule; les paupières sont tuméfiées, immobiles, les yeux à peine ouverts, chassieux, le regard est triste, l'air pleurard; le nez épaté est épaissi; les joues violacées, froides, tendues et bombées contrastent avec le fond blanc jaunâtre du teint qui a une couleur de miel; la langue, épaissie pend presque constamment entre les dents et les lèvres qui laissent baver la salive. La bouffissure de la face nous conduisit à l'examen général de l'enfant, et nous constatâmes le même état de la peau sur les membres supérieurs et inférieurs, à l'abdomen et aux reins, mais, nullement à la région thoracique; partout mêmes caractères : sensation de froid désagréable au toucher de la peau qui n'est ni sèche, ni écailleuse, ni gluante; teinte violacée surtout aux lombes, aux fesses et aux extrémités; celles-ci sont déformées et massives. Aux mains, le creux palmaire est remplacé par une surface bombée, la peau est épaissie, le pli que l'on y produit en la prenant entre les doigts mesure plus d'un centimètre; l'impression du doigt ne s'y marque pas comme dans l'œdème, mais donne une sensation de résistance, mollasse et élastique à la fois. Pas d'adhérences de la peau aux organes sous-jacents sur lesquels on parvient à la faire glisser; pas de troubles appréciables de la sensibilité cutanée. Les caractères pathologiques de la peau diminuent à mesure que l'exploration remonte vers les parties supérieures de l'abdomen et n'existent plus au thorax qui, ainsi que le cou, présente une peau normale; l'empâtement signalé des régions sus-claviculaires comme caractéristique du crétinisme congénital est nul.

Les cheveux sont rares, les ongles normaux, les dents jaunâtres; absence des molaires; les narines sont à peine visibles; rien aux appareils digestif, respiratoire, circulatoire, biliaire et rénal; rien au cœur, pas d'albumine dans les urines. Le cri est guttural, enroué, d'ailleurs rare. *Pas de goître*; pas de déformation crânienne, ni des oreilles; pas de déformation rachitique, sauf les vestiges d'une carie lombo-sacrée, ainsi qu'en témoignent des ci-

catrices anciennes de cautérisation. Pas d'autres phénomènes scrofuleux, pas de manifestations syphilitiques.

Quant aux troubles intellectuels, qui sont des plus manifestes, ce sont ceux de l'idiotie complète. La malade reste couchée dans son lit, grande gâteuse, immobile, dans un état de mutisme absolu, triste et silencieuse ; elle ne sait pas diriger son regard, ne peut tenir la tête, remue les membres, mais sans les diriger, ne peut se tenir debout. Depuis son entrée aucun changement ne s'est produit, aucun trouble n'est survenu.

Voici les renseignements que nous avons pu nous procurer. L'enfant est née à Paris, de parents bien portants, ni crétins ni goîtreux. Dans la famille, un oncle paternel aliéné à Ville-Evrard, une sœur maternelle rachitique ; l'enfant a deux sœurs plus jeunes qu'elle et bien portantes, sans vice de conformation. A la naissance, l'enfant, de bonne santé, n'offrait rien d'extraordinaire et ressemblait aux autres enfants, le corps se développa régulièrement, une chevelure assez forte apparut ; mais, à cinq mois, elle fut traitée pour une carie lombaire qui se compliqua de crises convulsives, répétées cinq fois par jour et qui durèrent six mois. C'est sur ces entrefaites que la mère remarqua la bouffissure de la peau qui, depuis, n'a pas diminué.

Ce ne fut que plus tard qu'elle remarqua l'empâtement des membres inférieurs, qu'elle rapportait d'ailleurs à la carie vertébrale. C'est aussi à la même époque que les cheveux commencèrent à tomber, que le cri devint plus rauque et plus sourd, que le regard perdit de sa vivacité, et que l'apathie et l'abattement se manifestèrent. Voyant qu'aucun phénomène intellectuel ne se développait, la mère prit le parti de faire admettre son enfant à la Salpêtrière.

La malade est morte un mois après la publication de cette observation d'un *érysipèle* avec broncho-pneumonie double. — L'*autopsie* n'a pu malheureusement qu'être faite d'une façon imparfaite par suite de circonstances particulières. L'attention de M. Charpentier n'ayant pas été attirée sur la glande thyroïde, cet organe n'a pas été examiné. On constata un amincissement très prononcé de la voûte crânienne, une méningo-encéphalite (?). Le tissu adipeux sous-cutané criait sous le scalpel, était plus développé sur la moitié droite du corps ; à la région lombaire il avait

deux centimètres d'épaisseur à droite, un centimètre à gauche.

L'enfant dont il s'agit était évidemment atteinte de myxœdème; ce diagnostic avait été confirmé par M. Charcot. Nous ajouterons que l'observation clinique constate l'absence de *tout goître*, et que Legrand du Saulle avait porté le diagnostic de crétinisme.

Les deux cas suivants sont empruntés aux journaux anglais. Le premier appartient à M. Coxwell et a été présenté à la *Société clinique de Londres* comme étant celui d'*un enfant présentant des symptômes ressemblant à ceux du myxœdème.*

Observation IX. — *Développement physique et intellectuel normal jusqu'à l'âge de huit ans ; puis somnolence, perte de la mémoire, parole pâteuse et indistincte, démarche incertaine; gonflement des paupières inférieures. — Diminution de la glande thyroïde ; abaissement de la température; insomnie; cris; perte du langage articulé; affaiblissement des facultés intellectuelles.*

Il s'agit d'une enfant de treize ans présentant des symptômes ressemblant à ceux du myxœdème. Jusqu'à l'âge de huit ans, elle ne différait en aucune façon des autres enfants et elle pouvait lire un chapitre de la bible ou une histoire aussi bien que sa mère; elle savait écrire et apprenait l'arithmétique. Survint alors un grand changement; elle tombait souvent de sommeil, même en mangeant; sa mémoire devint défectueuse, et si on l'envoyait faire quelque commission, elle errait sans but. Dernièrement sa parole devint épaisse et indistincte ; elle souffrait de maux de tête, sa tête s'inclinait sur la poitrine; les mains et les pieds devinrent très froids, les jambes très faibles et la démarche incertaine. Elle fut admise dernièrement à l'hôpital national des paralytiques et épileptiques, dans le service du Dr Hughlings Jackson. Son facies donnait l'idée du myxœdème, sa peau était translucide avec une tache circonscrite de rougeur au centre des joues; les paupières inférieures étaient enflées; le nez large, les yeux proéminents et bien formés. La glande thyroïde semblait diminuée, et il n'y avait aucune tumeur graisseuse anormale, au cou ou ailleurs. La

[1] *The British medical Journal*, 20 janvier 1883.

température tomba fréquemment à 35°, 4. Elle restait souvent sans repos la nuit et elle avait souvent des attaques de cris. La force du langage diminua, au point, en dernier lieu ne pouvoir articuler un son, on voyait les lèvres remuer sans résultat pendant qu'elle essayait de parler. Elle ne pouvait embrasser sa mère ou ne pouvait gonfler ses joues et la nourriture restait quelquefois sept ou huit minutes entre les dents et les lèvres. On constata enfin une obnubilation générale de l'intelligence.

Il nous paraît inutile d'insister sur les symptômes présentés par cet enfant qui sont ceux du myxœdème, il nous suffira d'appuyer sur la constatation faite par l'auteur de la *diminution de la glande thyroïde.*

Le second cas est dû à M. Armand Routh, qui l'a publié dans le *Medical Press and Circular*, sous le titre de « *Un cas de crétinisme sporadique, avec apparence de myxœdème* »[1].

Observation X. — *Rachitisme; absence probable du corps thyroïde, tuméfactions lipomateuses sus-claviculaires et axillaires; marche lente, indécise et chancelante; parole lente et monotone; idéation lente; lecture et écriture, nulles; mémoire seulement des faits antérieurs à l'âge de sept ans; absence de signes de puberté.*

Elise H..., âgée de vingt-cinq ans, est une pensionnaire de la maison des femmes incurables, Marylebone Road, elle est née près de Southampton, dans le Hampshire. Elle était l'aînée de quatre enfants dont les parents, âgés respectivement de vingt-quatre et vingt-deux ans, étaient en pleine santé au moment de sa naissance. Le père cependant mourut douze ans et la mère seize ans plus tard de phthisie, maladie qui a causé aussi la mort de la sœur de la malade à dix-sept ans et de la sœur de sa mère à vingt-sept ans. Le père était né dans le Hampsphire et la mère dans le Berkshire et il n'y avait aucune consanguinité entre eux.

Jusqu'à l'âge de sept ans, la malade était comme les autres enfants, mais plus grasse que d'ordinaire et on la comparait à un « grand gâteau blanc » parce qu'elle était grasse, flasque et couleur de pâte blanche. Pendant qu'elle était enceinte d'elle, sa mère fut effrayée par un taureau. A sept ans, cette fille cessa de

[1] *Medical Presse and Circular*, 14 mai 1884.

grandir, mais elle devint plus grosse et plus flasque, lente dans ses mouvements et si stupide que toutes les tentatives pour lui apprendre à lire et à écrire furent vaines. A huit ans, elle vint à Londres et devint moins habile à se conduire et plus niaise. Ses amis disent que depuis il n'y avait eu peu ou point de changements, excepté que dernièrement elle commença à maigrir.

Antécédents héréditaires. — A l'exception de l'apparente hérédité de tuberculose, il n'y avait aucuns antécédents héréditaires de maladies, tels que syphilis ou mal de Bright, aucun antécédent d'alcoolisme, ni de folie ou de crétinisme dans la famille. Une sœur de la malade, âgée de vingt-trois ans, jouit d'une bonne santé, est bien développée, mais quelque peu anémique. Elle présente une hypertrophie de la glande thyroïde, qui a diminué par le traitement et un souffle systolique à la pointe se propageant dans l'aisselle, endocardite valvulaire consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire dont elle fut atteinte. La malade a aussi un frère bien portant âgé de dix-neuf ans, actuellement soldat; tous les enfants sont nés dans le Hampshire.

Etat actuel. Taille : 1m05, taille moyenne d'un enfant de cinq ans. *Poids* : 35 kilogr. 240. Elle est arrêtée dans sa croissance et son squelette est altéré par le rachitisme. Il existe une lordose bien marquée. Les tibias sont courbés. Les épiphyses des os des membres inférieurs sont quelque peu hypertrophiées, agrandies. A leur union avec leur cartilage, les côtes présentent un chapelet rachitique; dolichocéphalie.

La face est absolument sans expression et les traits effacés; elle est gonflée; les lèvres sont épaisses, très colorées et informes; la bouche est généralement ouverte, le nez est épaissi et élargi entre les yeux, les narines dilatées, les oreilles grandes et plates. La tête ne pend pas en avant, mais le cou semble raccourci, perdu dans la tuméfaction sus-claviculaire.

La *peau* est pâle et couleur de cire, excepté à la face où il y a une légère rougeur, absente quelquefois; sur les joues pendantes et flasques et sur les pieds et sur les jambes, où la circulation est si pauvre qu'il y a un état chronique d'engelures. La peau est sèche et dure par places, mais la paume des mains est quelquefois moite. Les mains ont la forme d'une bêche. Il n'y a pas de véritable œdème. Les cheveux sont couleur de jais, assez épais, mais durs.

Sa température en moyenne est de 37° dans le rectum, mais la température de la surface est toujours subnormale 35° ou 36° dans l'aisselle et dans l'aine; une fois seulement elle s'est élevée à 37°, mais après un séjour de quelques heures sous les couvertures du lit.

Le *corps thyroïde ne peut pas être senti.* Au-dessus de la clavi-

cule de chaque côté, immédiatement au-dessus de l'os, il y a les tuméfactions bien marquées, qui glissent sous la pression et, quoique donnant aux doigts la sensation du tissu lipomateux ou myxomateux, rappellent également la sensation éprouvée en saisissant un varicocèle.

Au-dessous des tuméfactions on entend un murmure respiratoire claire, sans aucun bruit morbide. On trouve de pareilles tuméfactions sous-cutanées sur la ligne axillaire postérieure. L'abdomen est pendant, ce qui est dû en partie au bassin qui est très bas. L'ombilic fait saillie et les droits de l'abdomen n'adhèrent pas à la ligne médiane.

La malade peut *marcher lentement* et en chancelant pendant une petite distance, mais souvent elle tombe subitement; aussi elle ne marche jamais sans appui à sa portée. Les jambes semblent incapables de porter le poids du corps et cèdent tout d'un coup aux chevilles ou aux genoux. Les mouvements des bras sont libres, mais elle fait tout lentement et avec méthode quoique sans hésitation. Elle ne s'habille pas elle-même, parce qu'elle prendrait toute la matinée pour le faire, mais elle peut mettre et enlever ses habits si on lui laisse tout son temps.

La *parole est lente et monotone,* mais sur un ton très élevé. Elle répond assez correctement aux questions, mais lentement. Elle paraît mettre plus de temps que d'habitude pour comprendre une question et, par suite, encore plus de temps pour formuler la réponse.

Système nerveux. — La malade ne peut ni lire, ni écrire, et tout essai pour lui apprendre quelque chose a échoué; en fait il est impossible de fixer son attention. Elle ne peut se rappeler les faits récents[1], mais se souvient des faits arrivés avant son départ de Hampshire à sept ans, la croissance et l'intelligence semblant s'être arrêtée à cette époque. Le sommeil est bon et lourd; quoique presque indifférente à la douleur, elle se plaint souvent du *froid*. Les *réflexes rotuliens* sont exagérés. Rien ne paraît l'intéresser plus longtemps que quelques secondes, mais quand on lui parle gaîment, une lueur de plaisir traverse sa figure. Autrement sa physionomie est sans mouvements, dure et quelque peu triste. La *vue* est bonne et l'examen opthalmoscopique ne décèle rien d'anormal. Ses pupilles sont un peu dilatées et paresseuses.

Appareil urinaire. — La malade rend en moyenne 708 gr. d'urine (25 onces) en 24 heures. Poids spécifique, 1.015. Ni sucre, ni albumine, ni dépôts. Quantité d'urée faible, à peu près 1|3 de la

[1] Il est à observer que le même phénomène se produit chez le vieillard dont les facultés intellectuelles déclinent.

quantité normale 10,5 grammes. Ce résultat est obtenu par la méthode des Drs Russell et West.

Digestion. — La langue n'est pas notablement agrandie et pas entamée par les dents. L'angle facial est grand, les dents sont mauvaises et plusieurs ont été enlevées, par carie. Les alvéoles sont extraordinairement proéminentes et la muqueuse des gencives est très épaisse. L'appetit est bon; l'haleine est généralement mauvaise; constipation. La malade se plaint continuellement d'avoir la bouche amère.

Circulation. — Pouls, 72. Il est très difficile de sentir le pouls au poignet, à cause de sa distance de la surface et de sa faiblesse. Bruits du cœur normaux mais faibles.

Sang. — Le sang examiné par le Dr Montagu-Murray au moyen de l'hœmocytomètre et de l'hœmodynamomètre de Gowers et au microscope, le Dr Murray dit que la proportion des globules blancs ou globules rouges estde 1 à 250; que les globules rouges du sang en proportion à l'échelle normale est de 86 p. 100, tandis que l'hémoglobine est de 77 p. 100. Il n'y avait aucune altération morbibe dans l'aspect des globules rouges ou blancs.

Respiration. — Tout à fait normale à tous les points de vue. — *Foie* et *rate*, normaux; peu sensiblement hypertrophiés.

Organes génitaux. — Pas de règles. Pas de leucorrhée, organes génitaux externes développés et dépourvus de poils. Petites lèvres allongées et épaissies, faisant saillie à quelque distance de la vulve. Les mamelles sont tout à fait enfantines. Vagin et col de l'utérus normaux. Par le rectum, on constate que le bassin est comme celui d'une enfant, quant à la forme et la position, et l'utérus est la moitié de la grosseur normale, mais est normal quant à la forme et la position. Les ovaires sont situés sur les côtés du bassin plus bas et plus en arrière que normalement, et enfin ils sont doubles de la grosseur normale; ils sont plus mous que d'habitude et ne causent aucune douleur lorsqu'on les saisit entre le doigt dans le rectum et la main placée sur l'abdomen. Il est probable que les ovaires ont subi des altérations semblables au myxœdème qui rendraient compte de la persistance de l'aménorrhée et de l'état infantile des organes génitaux externes et internes.

M. Routh a porté le diagnostic de *crétinisme sporadique avec myxœdème*, diagnostic qui fut confirmé successivement par MM. Gowers, Ord, Barlow et Routh père. Il insiste sur les analogies nombreuses

qui existent entre son cas et ceux de MM. W. Gull et Hilton Fagge. « Les rapports exacts entre le myxœdème et le crétinisme sporadique, écrit l'auteur, n'ont pas encore été fixés. MM. W. Gull et Hilton Fagge ont montré que le crétinisme sporadique était invariablement associé à la présence de tumeurs symétriques dans la région sus-claviculaire et dans d'autres régions, mais la priorité relative de ces accidents pathologiques est inconnue. Dans les quatre cas de M. Hilton Fagge, ceux dans lesquels le crétinisme a duré le plus longtemps, ces gonflements symétriques étaient le moins marqués et *vice versa*. De là il semblerait que le myxœdème, si c'en est un, décroît lorsque le crétinisme augmente ». Ce rapport inverse entre le degré de l'idiotie et le degré du myxœdème est loin d'être démontré.

M. Routh termine en déclarant que, dans son opinion, il est difficile de préciser la date du début de l'atrophie de la glande thyroïde; toutefois, il lui paraît vraisemblable que, dans son cas, on avait affaire à une *absence de développement congénital* de la glande : c'est à cette absence qu'il faut rattacher le myxœdème d'abord, ensuite l'état crétinoïde.

En 1882, M. Ball a présenté à différentes sociétés médicales un malade dont il a publié l'observation dans l'*Encéphale* (1882, p. 253) sous ce titre : *Le crétin des Batignolles*. L'un de nous a eu l'occasion de voir ce malade qui lui a paru être un bel exemple d'*idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique*. La véritable nature de l'affection paraît avoir échappé à M. Ball. Une circonstance particulière nous ayant mis en relation avec la famille de ce malade, nous avons fait une

enquête minutieuse auprès d'elle ; de cette enquête et de l'examen de la photographie qui accompagne la publication de M. Ball, il nous semble résulter d'une manière évidente que ce cas appartient à la catégorie des idiots crétinoïdes avec myxœdème (*fig.* 22). L'observation qui suit a été rédigée d'après nos renseignements personnels et d'après la note de M. Ball. Nous y ajouterons, malgré les nombreuses et regrettables lacunes qu'elle présente, un résumé de la relation de l'autopsie communiquée à la *Société d'anthropologie* en 1883.

OBSERVATION XI. — *Père : quelques rares excès alcooliques ; hémiplégie droite en 1886. — Grand-père paternel mort paraplégique. — Mère plus âgée de dix ans que son mari. — Ni goitreux ni crétins. — Deux sœurs du malade mortes jeunes de convulsions.*

Conception à quarante et un ans ; dentition tardive ; convulsions générales quotidiennes de onze mois à quatre ans. — Abolition de la parole et de la marche ; Retour de la parole à trois ans, et de la marche à cinq ans. — Coqueluche, rougeole. — Langue et lèvres épaisses ; gonflement des pieds et des mains ; intelligence et mémoire presque nulles ; inaptitude manuelle pour les soins de propreté, l'habillement, etc. — Pénil glabre ; sensibilité au froid. — Hémorroïdes. — Mort des suites d'une opération (?) ou d'albuminurie. — Autopsie.

Chrest... (Victor), né à Paris-Batignolles, le 8 mars 1851, est entré à Sainte-Anne le 4 mars 1882 (service de M. BALL) et y est décédé le 12 août 1882.

Renseignements fournis par son père et sa mère (11 octobre 1886). — *Père*, soixante-sept ans, a été pendant onze ans cocher du chemin de fer, et pendant vingt ans cocher d'omnibus. Il est né à Bavan (Calvados, à trois lieues de Caen), pays sain, situé à deux lieues de la mer, et où n'existent ni goitreux, ni crétins. Il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance ; il a éprouvé parfois des céphalalgies, mais pas de migraines ; ni syphilis, ni rhumatisme, etc. En 1878, coup de pied de cheval qui a laissé de la raideur du genou gauche. — Le 2 février 1886, *hémiplégie droite* avec trouble de la parole qui était devenue indistincte ; la paralysie a persisté pendant deux mois ; actuellement, il marche en traînant un peu la jambe droite, soulève le bras droit, peut mettre la

main derrière la tête, mais les mouvements sont lents ; la parole est redevenue distincte. Dans les dix dernières années, il a été sujet à des étourdissements l'obligeant à s'asseoir pendant 5 à 10 minutes.— Quelques excès alcooliques très légers et très rares. Il boit un litre de vin par jour ; accidentellement un petit verre d'eau-de-vie le matin. Deux ou trois fois par an, il rentrait un peu excité, jamais en ivresse complète. Sa femme, interrogée à part, affirme la rigoureuse exactitude de ces renseignements. Cet homme a la tête un peu forte, mais régulière, nez aquilin[1]. — L'intelligence est ordinaire, les réponses sont précises ; il est un peu emporté ; jamais de violences envers sa femme ou ses enfants. Il s'est marié à vingt et un ans. [*Père*, mort hydropique à cinquante-sept ou cinquante-huit ans, journalier, sobre ; taille au-dessus de la moyenne ; pas de maladies nerveuses, ni de goître. — *Mère*, morte à quatre-vingt-sept ans, on ne sait de quoi ; elle n'était ni paralysée, ni démente ni goîtreuse. — *Grand-père paternel*, mort vers soixante-dix-huit ou quatre-vingts ans, journalier, sobre. On ne peut donner de détails sur la *grand' mère paternelle*. — *Grand-père maternel*, mort à quatre-vingt-deux ans, était *paraplégique* depuis vingt-sept ans, charpentier, sobre. — *Grand'mère maternelle*, morte *paralysée* à soixante-dix-huit ans, ménagère, sobre. — Un *frère* mort à l'âge de six ans, du croup. — Une *sœur* morte à quarante-trois ans, on ne sait de quoi, a eu trois enfants dont on n'a pas eu de nouvelles depuis la mort de la mère en 1877. — Pas de maladies nerveuses, pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'idiots, pas de goîtreux, de crétins, de criminels, dans la famille.]

Mère, soixante-dix-huit ans, domestique, puis raccommodeuse ; assez grande, maigre, intelligente ; physionomie régulière, rien du type crétineux. Elle est née à Vannes ; a été réglée à treize ans facilement, s'est mariée à trente et un ans ; la ménopause est arrivée à cinquante et un ans sans accidents. Pas de convulsions, pas d'attaques de nerfs, pas de névralgies, pas de migraines (quelquefois des céphalalgies) ; aucune affection cutanée. [*Père*, couvreur, mort d'une chute à cinquante-huit ans, sobre ; était né à Vannes et n'a jamais présenté d'accidents nerveux. — *Mère*, ménagère, sobre, morte à quatre-vingt-huit ans sans paralysie, ni démence. — *Grands parents paternels* et *maternels* pas de renseignements. — Deux *frères*, morts de trois à quatre ans, on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* bien portantes, sans goître, l'une a deux enfants, l'autre quatre qui n'ont rien présenté de particulier. [Pas de goîtreux, etc., dans la famille.]

[1] La physionomie du malade se rapproche beaucoup plus de celle du père que de celle de la mère.

Pas de consanguinité.

Cinq *enfants* : 1° garçon bien conformé, né à terme, mort à six mois, en nourrice, de *convulsions*; 2° fille, née à terme, bien conformée, intelligente, morte à trois ans de *convulsions*; 3° fille mort-née à terme (présentation des pieds), bien conformée; 4° fille, morte à treize ans d'un abcès du foie ; elle était née à terme, était bien conformée, intelligente et ne paraissait que son âge, contrairement à ce qu'écrit M. Ball.

5° Le *malade*, Victor Chré... Lors de la *conception* la mère avait quarante et un ans et le père trente et un ; ils étaient tous deux bien portants et la conception n'a pas eu lieu durant l'excitation alcoolique la plus légère.— *Grossesse* bonne, sans aucun accident. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. *A la naissance*, l'enfant était fort et n'offrait pas le moindre signe d'asphyxie[1]. Elevé au sein par sa mère, il venait bien, était frais, rose, n'avait rien ni aux pieds ni aux mains, ressemblait aux enfants de son âge. Victor commençait à marcher le long des murs, était propre, gazouillait, disait « papa et maman ». Alors qu'il avait près de onze mois, sa mère eut des abcès aux seins et dut le sevrer. Pendant sa maladie, elle le mit chez une garde qui l'aurait maltraité, mal soigné, et même fait jeûner. Quand, au bout de vingt jours, sa mère le reprit, il avait considérablement maigri et présentait des excoriations du siège. C'est quelques jours après qu'il survint, pour la première fois, des *convulsions générales* qui durèrent deux à trois heures. A partir de là jusqu'à quatre ans, il a eu presque quotidiennement, assure-t-on, des convulsions générales analogues, d'une durée d'une à deux heures.

La première dent est sortie à l'âge de onze mois[2], les autres apparurent vite, mais se cassaient dans les convulsions. Il a recommencé à *parler* vers deux à trois ans, il avait les lèvres épaisses et la langue très grosse; celle-ci pendait alors en dehors de la bouche; il a *marché* vers cinq ans. De six à sept ans, coqueluche, puis rougeole. — Pas d'ophtalmie, d'adénite, d'otite, de maladies cutanées, etc. — Vers neuf ans, les mains et les pieds *épais* et *courts* se seraient *gonflés* davantage ; on fut obligé de lui faire faire des chaussures spéciales.

Mis à l'asile de six à huit ans, Victor n'y a rien appris, pas même ses lettres; il n'aimait pas à jouer avec les autres enfants, dans la crainte de tomber; il était affectueux. — Il bavait un peu, avait un appétit régulier, mangeait seul avec la cuiller et la four-

[1] L'*asphyxie* à la naissance est l'une des *causes* peut-être les plus fréquentes des lésions qui aboutissent à l'*idiotie*. (B.)

[2] Les autres enfants avaient eu des dents avant onze mois.

chette, mais ne savait pas se servir de couteau, il n'offrait aucune lésion du tube digestif, sauf des hémorroïdes. Il ne pouvait s'habiller, se boutonner, lacer ou nouer, ni se déshabiller, se laver la figure ou les mains. — Il était très sensible au froid; les mains et les pieds, surtout ceux-ci, étaient bleus et froids.

Les *organes génitaux* sont assez développés (*fig.* 22); le pénil était glabre, ainsi que le visage et les aisselles. Pas d'onanisme,



Fig. 22. — Le crétin des Batignolles.

pas de tics ni de grimaces, pas de grincement des dents, de balancement; bave légère.

Etat du malade (1882), d'après M. Ball. — La figure est sans expression, bouffie, terreuse; le front est ridé, le nez aplati, les yeux très écartés l'un de l'autre; les paupières, volumineuses et plissées, tendent à maintenir les yeux à demi-fermés. La bouche, largement fendue, offre des *lèvres tuméfiées et pendantes*, surtout l'inférieure. La *langue*, très volumineuse, semble prête à s'échapper entre les arcades dentaires. V... Ch. ne possède que 19 *dents*,

dont 2 à la mâchoire supérieure et 10 à l'inférieure. Elles sont d'ailleurs absolument ravagées par la carie. Deux d'entre elles appartiennent à la deuxième dentition ; ce sont les deux incisives moyennes, à la mâchoire supérieure ; les autres sont des dents de lait[1].

Le visage est complètement imberbe. Par contre, la tête est couverte d'une chevelure abondante et d'un châtain foncé. La tête est grosse et irrégulière. Le front, fuyant en arrière, contribue à rétrécir le diamètre antéro-postérieur du crâne. La réunion de l'occipital avec les pariétaux est marquée par un sillon qui paraît correspondre à la suture lambdoïde, et qui est surmonté, en arrière, par une espèce de crête qui ressemble, pour me servir d'une comparaison familière, au rebord que fait un peigne implanté dans les cheveux d'une femme. Malgré cette espèce de chevauchement, l'occipital fait une certaine saillie en arrière, et les *fontanelles sont complètement ossifiées*[2]. Nous indiquons plus bas les chiffres qui correspondent aux diverses mensurations pratiquées sur le crâne. Le sujet est manifestement dolichocéphale, contrairement à ce que l'on voit habituellement chez les crétins, qui sont brachycéphales. Les oreilles sont moyennes comme grandeur, mais le pavillon est replié sur lui-même, comme le serait une feuille de papier qu'on aurait entr'ouverte après l'avoir pliée en deux. Le contour est un peu festonné, sans offrir d'autre irrégularité.

Le menton est court et la disposition des dents qui sont placées en éventail augmente la saillie des lèvres et la brièveté apparente de la mâchoire inférieure. Les joues sont flasques et pendantes, et la nuque, très forte pour la taille du sujet, présente deux plis profonds séparés par un bourrelet de chair. A ce niveau, la troisième vertèbre cervicale forme une saillie exagérée en arrière, ce qui explique peut-être un raccourcissement extrême du cou.

La physionomie du malade est douce, bienveillante, mais sans caractère, et présente un peu l'expression d'un fœtus conservé dans un bocal. Quand il sourit, des plis extraordinaires viennent creuser le visage, les yeux se ferment, les paupières s'allongent, les lèvres s'écartent et deviennent plus saillantes, la langue s'échappe et la bouche se fend jusqu'aux oreilles. En somme, on voit à ce moment que les téguments de la face sont trop larges dans tous les sens pour les os qu'ils recouvrent.

L'examen du corps présente d'autres particularités intéressantes. La taille est extrêmement cambrée, et l'on pourrait presque prononcer à cet égard le nom de cyphose. Le ventre est

[1] C'est ce que nous avons noté chez le *Pacha*.

[2] On verra plus loin à l'autopsie que l'ossification était, au contraire, loin d'être complète. (B. et P. B.)

proéminent, mais la poitrine est normale et les bras sont bien faits; les *mains* sont *petites, ramassées*, les *doigts* sont *courts*, et les rides de la peau, plus abondantes sur ce point que partout ailleurs, dénotent encore cette laxité des téguments que nous avons déjà signalée. Les jambes sont assez bien conformées, mais les genoux sont rapprochés. La *région du cou-de-pied est empâtée* et présente des rides transversales; le *pied* est *gros, court* et *ramassé*, mais il est assez cambré, la jambe est plus longue que le fémur et l'avant-bras est plus long que le bras. Les orteils ne présentent rien de particulier, si ce n'est le volume un peu exagéré du deuxième.

Les *organes génitaux* sont très volumineux et semés de quelques poils. Le gland est énorme, il est en forme de massue et entièrement découvert; le testicule droit est plus fort que son congénère et descend jusqu'au niveau du bord supérieur de la rotule. Absence de l'instinct génital (Pas d'onanisme).

La *peau* est *terreuse*, blafarde, *écailleuse* et *sèche*. Elle est complètement glabre, sauf au niveau du pubis. Comme infirmité proprement dite, nous ne trouvons à noter que des *hémorroïdes externes* qui datent de loin. — L'appétit est excellent, le sommeil est bon et toutes les fonctions de la vie végétative s'accomplissent avec régularité.

Tous les *sens spéciaux* paraissent être à l'état normal et la sensibilité tactile ne laisse rien à désirer. V. Chr... comprend assez bien ce qu'on lui dit, mais éprouve beaucoup de difficulté à s'exprimer. Il reconnaît les personnes de son entourage, sait apprécier les bons et les mauvais procédés. Il est affectueux, doux et paisible. Ses goûts sont ceux d'un jeune enfant; il s'amuse avec un fouet qu'il fait claquer sans cesse.

Diamètres du crâne :

Diamètre antéro-postérieur maximum	0m,205
— antéro-postérieur minimum.	0,18
— transverse	0,145
— sus-auriculaire.	0,14
— temporal maximum	0,14
— pariétal minimum.	0,11
— vertical bi-auriculaire.	0,122
Indice céphalique	70,73

Dimensions de la tête :

1° Circonférence horizontale suivant une ligne passant au niveau des arcades sourcilières.	57	cent.
2° Du vertex au menton	24	—
3° Du sommet de l'une des apophyses maxillaires à l'autre.	12	—
4°. Du lobule d'une oreille à l'autre dans le sens horizontal et en avant.	13	—
5° Hauteur de la face	18	—

Dimensions du thorax :

1° Circonférences prises au niveau des aisselles. . . .	78	cent.
2° Au niveau de la taille	73	—
3° D'une épaule à l'autre.	34	—

Le malade ayant succombé le 12 août 1882, selon M. Ball, à une albuminurie, avec symptômes typhoïdes (?) ; suivant les parents, à des accidents consécutifs à une opération pratiquée pour la cure des hémorroïdes, l'autopsie aurait révélé l'existence d'une néphrite interstitielle; c'est à cela que se borne les renseignements sur tous les viscères et bien que, lors des communications à la *Société d'anthropologie*, il ait été beaucoup question du goître et du crétininisme, qu'il eût dit lui-même qu'il n'existait chez son malade aucune hypertrophie du corps thyroïde, M. Ball ne dit pas un mot de cet organe. En ce qui concerne le crâne et surtout le cerveau, la description est elle-même bien loin d'être suffisante, ainsi que nos lecteurs ont pu en juger.

Dimensions, poids, etc, pris après la mort.		MOYENNE NORMALE
Antéro-post-maximum.	194mm	182.6
Transverse maximum	146	145.2
Verticale basio-bregmatique	93	132
Indice céphalique	75.2	79.5
— vertical	47.9	72.2
Largeur de la face	120	133.
Hauteur de la face	72	87.7
Indice facial	60	65.9
Longueur du nez	40	51.3
Largeur	24	24
Indice nasal	60	46
Hémisphère cérébral droit.		510 gr.
Hémisphère cérébral gauche		522
Protubérance, bulbe, cervelet.		146
Poids de l'encéphale entier		1178 gr.

Dimensions des membres :

Humérus	17 cent.
Radius	18 1/2
Fémur	26 —
Péroné	27 —
Tibia	22 —
Taille	1m 10 1/2
Poids	32 kil.
Taille de la *mère*[1]	1m.52
Poids	43 kil.
Taille du *père*	1m.58
Poids	68 kil.
Force dynamométrique à droite	38 —
— — à gauche	42 —

Le crâne était dolicocéphale, compliqué de platycéphalie; la voûte semblait avoir été comprimée de bas en haut ou s'être aplatie par son propre poids. La région condylo-basilaire présentait un enfoncement très marqué. — Au niveau de la suture lamdboïde l'occipital chevauche sur les pariétaux, et l'on compte à cet endroit une dizaine d'os wormiens.— Au niveau de la suture temporo-pariétale, l'écaille du temporal fait saillie en dehors, quoique ses dimensions soient plus petites qu'à l'ordinaire. — Le maxillaire inférieur est très développé et dépasse en avant le maxillaire supérieur. — Aucune suture du crâne n'était ossifiée; les os crâniens étaient séparés par un tissu fibro-cartilagineux abondant.

Le cerveau se distingue et surtout, au dire de M. Ball, par la simplicité extrême des circonvolutions, la troisième frontale était de chaque côté petite et atrophiée. La frontale ascendante coupée vers sa partie moyenne par un trait perpendiculaire.

Le lobe occipital, nettement séparé du pli pariétal supérieur par la scissure perpendiculaire externe très profonde, était sur un plan inférieur à celui-ci. Le lobule paracentral était mal délimité et le lobe carré à gauche avait une forme triangulaire et paraissait plus petit qu'à l'état normal.

M. Ball n'a donné aucune description des *sillons*, des *scissures* et des *méninges*; il oublie de nous parler des lésions méningitiques auxquelles il avait attribué l'arrêt de développement du squelette et des facultés intellectuelles. (Séance du 6 juillet 1882. *Bulletin*

[1] Les renseignements relatifs au père et à la mère ont été recueillis le 11 octobre 1886.

de la Société d'anthropologie de Paris, t. V, p. 509.)

Victor Ch..., par sa taille et par l'absence de presque tout signe de puberté; par son développement intellectuel et physique, l'aspect de la face, du cou, des pieds et des mains qui, d'après le récit des parents et d'après la photographie, semblent avoir été atteints de pseudo-œdème dur[1], par l'état de la dentition, de la peau, la sensibilité au froid, etc., présente tous les signes d'un idiot crétinoïde; il est vivement à regretter qu'une observation aussi intéressante n'ait pas été prise avec tout le soin désirable et que les symptômes du myxœdème n'aient pas attiré l'attention de M. Ball.

M. Ball à la fin de sa seconde communication à la *Société d'anthropologie* avait relevé deux points pour lui d'une importance capitale :

« Le premier, disait-il, c'est qu'il s'agissait d'un cerveau de crétin et non pas du cerveau d'un idiot. En effet, nous ne trouvons pas ici de ces vastes lacunes, de ces malformations caractéristiques, qui sont les stigmates de l'idiotie. Il s'agit d'un cerveau normal, mais engourdi, et par conséquent susceptible d'éducation. C'est la grande différence qui sépare, au point de vue moral, les crétins des idiots. »

. . . .

Il nous suffit de citer ces quelques lignes pour montrer que M. Ball ne paraît pas être au courant des travaux publiés sur l'idiotie soit en France, soit à l'étranger. L'idiot est loin de présenter toujours des lésions macroscopiques grossières, beaucoup ne sont atteints que de lésions structurales, ne se décèlant quelquefois à l'œil nu que par des nuances délicates de coloration, de consistance, etc. : nous citerons en passant l'aspect gélatiniforme des circonvolutions noté à l'autopsie dans un certain nombre de cas.

M. Ball s'appuie pour séparer les crétins des idiots sur ce fait que les crétins sont susceptibles d'éducation, tandis que, à son avis, les idiots ne le seraient pas. C'est là une opinion étrange chez un homme chargé d'un enseignement officiel, car elle montre que M. Ball ignore complètement tout ce qui se fait dans les asiles consacrés aux idiots en Angleterre, en Amérique, où depuis longtemps on applique les méthodes d'enseignement dus à Edouard Seguin. M. Ball paraît ignorer les résultats très sérieux obtenus dans ces pays et dans des établissements un peu moins éloignés, à Bicêtre et à la Salpêtrière.

« Le second point, ajoute M. Ball, se rattache à l'état d'ossification des parois crâniennes. D'après Virchow, l'ossification prématurée des sutures, la synostose, serait l'une des principales causes du crétinisme. Or, nous avons affaire, ici, à un état absolument inverse : il y a défaut d'ossification et arrêt de développement. »

Justement, dirons-nous, parce que dans le cas spécial, à supposer que le crétinisme vrai ne se rapproche pas de l'état myxœdémateux, il s'agit d'un crétinisme spécial, crétinisme sporadique, ou mieux d'*idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique.*

Dans la discussion qui suivit la présention du moulage de V. C... à la *Société d'anthropologie,* MM. Bordier et de Mortillet ont fait observer avec juste raison que le sujet présenté ne ressemblait nullement à un crétin ordinaire et qu'il se rapprochait des idiots. M. Delasiauve rapporta alors, en quelques mots, l'histoire d'un malade qu'il eut dans son service de Bicêtre et qui présentait encore plus, peut-être, que

celui de M. Ball, les attributs caractéristiques de l'*idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique*.

Observation XII. — *Coloration cachectique chez la mère et une sœur. — Idiotie complète; surdi-mutité; taille petite; brachycéphalie; épaississement des lèvres; absence de signes de puberté, marche nulle.*

Il s'agit d'un nommé Pot..., né à la Chapelle-Saint-Denis (Seine), le 25 août 1839, entré à Bicêtre le 25 septembre 1861, décédé le 2 janvier 1873. Tous ses parents jouissaient d'une excellente santé. Seules, la mère et une sœur offraient une teinte cachectique prononcée de toute la surface cutanée. Sa taille était de 0m96 cent. La tête était assez volumineuse, plutôt brachycéphale, avec aplatissement notable de la région occipitale; les cheveux étaient rares, le visage pâle, les paupières plissées, le nez écrasé, les lèvres légèrement épaisses laissant sortir la langue de temps à autre. Il avait un tic particulier consistant en une sorte de grimace produite par des mouvements des lèvres et des ailes du nez. L'abdomen était volumineux et flasque; les membres étaient grêles, la peau était lâche; aucune force. Ce malade restait assis dans un fauteuil, ne parlait pas, était sourd; il se montrait hargneux si on le contrariait et aimait qu'on s'occupât de lui. Il existait un léger empâtement. Au dire des personnes du service encore à Bicêtre qui l'ont connu, ce malade était un *type absolument semblable au Pacha*.

Les différents certificats inscrits sur les registres portent les diagnostics suivants: Idiotie avec arrêt de développement (Marcé, Lasègue). — Idiotie avec arrêt de développement et rachitisme; aspect demi-crétineux (Magnan). — Crétinisme (Falret).

En novembre 1872, le malade s'affaiblit et mourut en janvier 1873, d'une congestion pulmonaire.

Nous pouvons encore citer, parmi les cas de crétinisme sporadique avec myxœdème que nous avons réunis, un cas de M. Goodhart[1].

Observation XIII. — *Absence d'antécédents héréditaires. — Idiotie complète; parole et marche nulles; teinte cachectique de la peau; brachycéphalie; retard de la dentition; langue épaisse et pendante;*

[1] Goodhart. — *Sporadic crétinism and myxœdema.* (*Medical Times and Gazette*, May, 1880, p. 474.)

développement exagéré du tissu adipeux sous-cutané; pseudo-lipômes sus-claviculaires; existence douteuse de la glande thyroïde; hernie inguinale.

X..., âgée de quatre ans; pas de consanguinité entre les parents; cinq frères ou sœurs en pleine santé, dont un bébé de seize mois marchant déjà.

La peau, d'une pâleur jaunâtre, a attiré aussitôt l'attention. Les viscères abdominaux étaient normaux. La tête était large et d'une forme particulière; le front était petit et saillant, dans chaque région frontale latérale et aussi au-devant de la fontanelle antérieure. La partie postérieure de la tête était petite. Les traits étaient lourds et épais; la face ronde et sans expression. Cette petite fille ne pouvait parler, mais elle émettait des bruits inintelligibles, la vue et l'ouïe étaient normaux. Elle était incapable de marcher et tombait dès qu'elle était sur ses jambes. Les tibias étaient courbés en dehors quoique sans élargissement notable des extrémités osseuses; elle avait une hernie ombilicale[1]. Le palais était très arqué, la dentition était retardée; les deux incisives du haut et du bas étaient coupées, et il y avait une dent double dans la mâchoire supérieure du côté gauche, la dent correspondante du côté opposé apparaissait.

L'état de la langue était remarquable. Elle était trop grande pour la bouche et faisait saillie entre les dents; à part cette largeur exceptionnelle, elle était normale. Le corps était en bon état, mais un peu petit. Ce bon état paraissait être dû à un *excès de la graisse sous-cutanée sans œdème*. On constate dans les *régions sus-claviculaires* deux *masses lipomateuses. Pour le goitre, l'existence même de la glande thyroïde est douteuse*. Il n'y a pas d'apparence d'hypertrophie des glandes médiastines. Il y avait un remarquable agrandissement des éminences thénar et hypothénar de chaque main, ce qui leur donnait un aspect large et déformé, cet élargissement semble dû à l'hypertrophie musculaire et non à un excès de graisse. Les muscles de la cuisse sont bien développés, contrairement à ceux du mollet. Le fond de l'œil est normal. Mentalement, c'était une enfant lourde, ne prêtant que peu d'attention aux objets environnants; elle reconnaissait cependant ses parents et les objets brillants placés devant elle.

M. Goodhart pense que les symptômes présentés par la malade sont suffisants pour justifier le diagnostic de crétinisme sporadique qu'il considère comme dû à

[1] Nous avons relevé chez nos deux malades l'existence de *hernies inguinales*.

un développement défectueux du cerveau, mais surtout à un développement irrégulier et asymétrique des diverses parties du corps dont les unes se développent avec excès, tandis que les autres subissent un arrêt de développement.

L'auteur, tout en faisant ressortir la ressemblance de son cas avec le myxœdème de l'adulte, ne croit pas à l'état crétinoïde avec cachexie pachydermique. Le diagnostic de myxœdème nous paraît cependant devoir être posé assez clairement, si l'on considère l'état intellectuel et physique de la malade, les masses lipomateuses sus-claviculaires, l'absence probable du corps thyroïde, etc.

Aux cas de crétinisme avec myxœdème paraîtrait aussi devoir se rapporter l'observation de M. A. Voisin publiée dans la *Revue photographique*[1] sous le titre de *Crétinisme chez une enfant née à Paris de parents parisiens*. La taille de cette enfant était de $1^m,30$; le cou était large, gros; la peau comme œdématiée; les mains ramassées; les doigts épatés étaient rouges, cyanosés, comme infiltrés; l'abdomen était très gros. Il n'existait *pas de goître;* les mouvements étaient lents, lourds; la sensibilité et la force musculaire étaient diminuées; la parole était lente, indistincte; l'enfant était idiote.

Quant au cas de M. Baillarger il paraît plutôt s'agir d'un myxœdème opératoire; nous aurons lieu d'en reparler plus loin. — Le *crétin de Charonne*, observé par Ferrus[2], semble appartenir au crétinisme avec

[1] A. Voisin. — *Revue photographique*, 4e année, 1872, p. 353.
[2] Ferrus. — *Comptes rendus de l'Académie de médecine*, 1850-51.

goître, quoiqu'il soit difficile de dire exactement ce que Ferrus entendait par la tumeur volumineuse du cou que présentait ce malade.

Cet état crétinoïde des idiots myxœdémateux permet de penser que sous la dénomination de crétinisme sans goître et surtout sous celle de crétinisme sporadique[1], il doit se rencontrer encore en grand nombre d'idiots myxœdémateux. Les observations anciennes de Curling, de Fagge, de Fletcher-Beach, et celles plus récentes de MM. Bouchaud, Charpentier, Coxwell, Routh, Ball, Goodhart, etc., et que nous avons rapportées plus haut, paraissent en fournir la démonstration[2].

Il ressort des observations précédentes que chez tous les *idiots crétinoïdes*, l'*absence* ou *l'atrophie de la glande thyroïde paraît constante*. Les quelques *autopsies* de sujets atteints de cachexie pachydermique sans accompagnement d'idiotie nous montrent aussi que souvent, dans ces cas, le fonctionnement de la glande thyroïde était rendu impossible par suite de son atrophie. En voici quelques exemples.

Dans le cas de M. Brandes, il s'agit d'un homme de quarante ans dont le myxœdème paraissait remonter

[1] La question de crétinisme mériterait du reste d'être remise à l'étude; il serait intéressant de s'assurer de l'état de la glande thyroïde chez les crétins complets, ainsi que chez les crétineux où la dégénérescence de la glande peut avoir eu une marche et une distribution inégales; il va de soi que surtout pour ces derniers, on ne pourrait tirer de conclusion sans de nombreuses autposies.

[2] Il va s'en dire que nous n'avons pas la prétention d'avoir relaté toutes les observations de crétinisme sporadique, compliqué de myxœdème. Il nous a même été impossible de reproduire un certain nombre d'observations publiées sous le nom de myxœdème et se rapportant à des enfants (cas de Shattock, etc.).

à l'âge de quatorze ou quinze ans. A l'autopsie, outre une atrophie glomérulaire des reins, il fut constaté que *la glande thyroïde était très atrophiée* [1]. Il est également à noter que la thyroïde était très atrophiée dans le cas de Hale White et qu'elle était dégénérée [2] dans les cas de Ord, Greenfield, Cushier [3].

L'atrophie de la glande thyroïde est de même signalée dans beaucoup d'observations publiées du vivant des malades; nous citerons les observations de Dyce-Duckworth [4], Ord, Miller [5], Hamilton [6], Oliver [7], Abbott [8], Hadden [9], etc.; dans quelques cas, l'atrophie était si accusée que la glande ne pouvait être sentie à la palpitation; enfin, dans d'autres, l'existence même de la

[1] Brandes. — *Un cas de myxœdème.* (*Extrait des comptes rendus du Congrès international de Copenhague.*)

[2] Hale White. — *A case of myxœdema with a post mortem Examination.* (*The British medical journal*, 1885, p. 381.) Follicules clos atrophiés.

[3] Cushier. — *Case of myxœdema.* (*Archives of medecine*, 1882, p. 203.) La glande thyroïde, plus petite qu'à l'ordinaire, présentait une atrophie avec sclérose; absence de follicules clos; vaisseaux oblitérés.

[4] Dans un autre cas du même auteur, le corps thyroïde paraissait normal. — Dans l'autopsie du cas de Ord, faite par Greenfield, il est noté que les cellules de la glande thyroïde sont comprimées par du tissu de nouvelle formation. (Dyce-Duckworth. — *Two cases of myxœdema. Transactions of the clinical Society of London*, 1881, p. 53.)

[5] Miller. — *A case of myxœdema* (*The British medical Journal*, 28 février 1885, p. 429).

[6] Hamilton. — *A case of myxœdema* with three illustrations (*The medical Record*, *New-York*, 1882, 9 décembre, vol. XXII, p. 645).

[7] Oliver. — *Clinical lecture on myxœdema* (*The British medical Journal*, 17 mars 1883).

[8] Abbott. — *A case of myxœdema* (*The British medical Journal*, juin 1886).

[9] Hadden. — *A case of myxœdema* (*Transactions of the clinical Society*, 1881, p. 58). — La glande thyroïde était considérablement diminuée de volume.

glande a paru douteuse (Goodhart, Ridel-Saillard, Ord, Gowans[1], Lunn[2], Semon[3]).

Il faut ajouter que, dans nombre de cas de myxœdème, l'observation est incomplète; souvent, par exemple, il n'y est fait aucune mention de l'état de la glande thyroïde. Parmi les observations que nous avons pu consulter, nous n'en avons trouvé que très peu où le corps thyroïde ait été signalé comme normal, du moins quant à son volume[4] (Edes[5], Wadsworth[6], Lane[7]).

II. — DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE OPÉRATOIRE.

Les faits avec autopsie que nous avons rapportés, montrant l'absence de glande thyroïde et les observa-

[1] Gowans. — *History of a case of myxœdema* (*The British medical Journal*, 1882, I, p. 772).

[2] Lann. — *Cases of myxœdema* (*The British medical Journal*, 24 décembre 1881, p. 1017).

[3] Semon. — *A case of myxœdema* (*Transactions of the clinical Society of London*, 1881, p. 61).

[4] Nous ferons remarquer que, parmi les observations publiées sous le nom de myxœdème, il en est qui se rapportent à d'autres affections, telles que la néphrite, etc. (le cas de M. Fraser, par exemple).

[5] Edes. — *Clinical Lectures on a case of myxœdema* (*The Boston med. and Surg. Journal*, 24 avril 1884, p. 385).

[6] Wadsworth. — *A case of myxœdema with atrophy of the optic Nerves* (*The Boston med. and Surg. Journal*, 1885, p. 5).

[7] Lane. — *Myxœdema with remarks upon the etiology of the disease.* (*The Lancet*, 14 juillet 1883, p. 56). — Le cas de M. Henrot, où la glande thyroïde est notée comme ayant 4 à 5 fois son volume normal, doit être réservé, car le diagnostic de myxœdème nous paraît discutable.

Dans les cas de M. Morvan, il n'est pas fait mention de la glande thyroïde; deux des malades de ce médecin, à ce qu'il nous écrit, examinés à nouveau récemment à ce point de vue, ne présentent rien d'anormal dans la région thyroïdienne; il en résulterait, en tout cas, que si l'absence ou l'atrophie de la glande thyroïde n'existe pas, ce qui est difficile à vérifier sur le vivant, ces malades ne présentent en tout cas pas d'hypertrophie du corps thyroïde.

tions de malade encore vivants chez lesquels l'absence de la glande thyroïde a été constatée ou dont l'existence a paru très douteuse, semblent établir une *relation évidente entre la cachexie pachydermique et l'absence ou l'atrophie de la glande thyroïde* [1]. Nous sommes donc conduits naturellement à examiner les conséquences de la thyroïdectomie.

Les cas d'*extirpation totale de la glande thyroïde* sont déjà nombreux; si beaucoup d'opérés n'ont présenté aucun phénomène se rattachant à la cachexie pachydermique, il n'en n'est pas moins vrai que le chiffre des thyroïdectomisés atteints de myxœdème est assez considérable, et encore est-il juste de faire observer qu'un certain nombre d'opérés ont souvent été perdus de vue. Nous donnerons ci-dessous la statistique de tous les cas qui sont parvenus à notre connaissance, mais auparavant nous croyons nécessaire de relater, en quelques lignes, un des rares cas de *myxœdeme opératoire suivi d'autopsie* [2] : il appartient à MM. Bruns et Grundler [3], et offre un grand intérêt par suite de la constatation de lésions identiques à celles qui ont été rencontrées dans les autopsies des *myxœdémateux idiopathiques*.

[1] L'atrophie du corps thyroïde, accompagnée de la destruction de ses cellules, équivaut, fonctionnellement parlant, à son absence; a la même conséquence l'hypertrophie avec altération cellulaire de toutes les parties de la glande.

[2] Deux autres cas ont été suivis d'autopsies, mais ces autopsies, mal faites ou dans des circonstances défavorables, ne présentent aucune valeur. — M. W. Stokes vient de publier un nouveau cas avec autopsie que nous analyserons plus tard.

[3] Grundler. — *Contribution à l'étude de la cachexie crétinoïde* (*Zur Cachexia strumipriva in Beiträge zur klinischen Chirurgie* de P. Bruns; Tubingen, 1885, t. I, p. 420.)

OBSERVATION XIV.— *Goitre colloïde accompagné de dyspnée.— Extirpation totale en 1886 : guérison de la plaie en deux mois. — Diminution de l'intelligence dès le troisième mois de l'opération; arrêt de développement et symptômes de cachexie pachydermique de plus en plus accentués.*

Il s'agit d'un adulte opéré à l'âge de dix ans, par M. P. Sick (de Stuttgard), décédé le 13 août 1884, d'une attaque apoplectiforme à la clinique de Tubingue à l'âge de vingt-huit ans. Il mesurait 1 m 27; pesait 45 kil. et avait l'habitus crétinoïde. A l'AUTOPSIE, pratiquée par M. Nauwerk, on constata les faits suivants :



Fig. 23. — Malade opéré par M. Sick.

Rigidité cadavérique; — sugillations sanguines étendues du dos; peau assez pâle. — Les veines des extrémités et du tronc sont visibles; face cyanosée; l'épiderme desquamme partout, (excepté sur la face), et surtout aux parties latérales du tronc. — Le corps paraît atteint d'anasarque généralisé moyen.

Les extrémités supérieures et inférieures sont déformées; les parties molles de la face sont épaissies, celle-ci a un aspect crétinoïde caractérisé. *Au cou, on trouve une cicatrice ancienne, allant de l'os hyoïde au sternum.* Ongles bleuâtres un peu recourbés en griffe, organes génitaux bien développés avec poils fins et foncés à la base du pénis; quelques poils rares et plus forts, au scrotum; quelques hémorroïdes au rectum, la peau du thorax et de l'abdomen n'est pas modifiée, le tissu adipeux sous-cutané est bien développé, un peu œdématié, musculature du thorax œdématiée, très pâle, presque grise. Tissu graisseux sous-séreux de l'abdomen fortement développé ; dans l'abdomen, environ 100 gr. de liquide jaune, très peu trouble. Entre les muscles, il y a encore beaucoup de graisse. Les veines du cou sont gorgées de sang.

Les intestins sont *météorisés.* La séreuse de l'intestin grêle est un peu injectée. Le mésentère et l'épiploon sont riches en graisse. Le foie occupe sa position normale. Graisse du médiastin abondante; poumons libres.

Dans les *plèvres*, 100 à 150 gr. de liquide clair, séreux; poumons normaux. Le *péricarde* est très découvert, et contient 100 gr. de *liquide* séreux, clair. — *Cœur* volumineux, pointe formée par le ventricule gauche surtout, mesurant de la pointe à la base 13 cent.; largeur à la hauteur des orifices auriculo-ventriculaires, 11 cent.; cœur droit mou, le gauche plus ferme; panicule adipeux du cœur faiblement développé. — Dans le cœur gauche, beaucoup de sang liquide, masses cruoriques rares, foncées. A droite, on trouve en outre quelques caillots fibrineux mous. Les orifices auriculo-ventriculaires sont normaux; les valvules intactes à droite. Myocarde pâle, d'épaisseur normale. Le cône formé par l'artère pulmonaire présente un épaississement circonscrit de l'endocarde, pénétrant jusque dans le myocarde d'un millimètre environ. La mitrale est peu modifiée; quelques tendons sont un peu épaissis. Le myocarde gauche est d'épaisseur normale, de couleur brun jaunâtre. Valvules aortiques intactes, mais avec quelques taches graisseuses et des épaississements scléreux. Artères coronaires minces. *Poumon gauche,* rougeur légère de la muqueuse bronchique. Dans les bronches, un peu de liquide spumeux, légèrement teinté de rouge; le poumon contient de l'air, est œdémateux, assez riche en sang. Quelques sugillations pleurales. — *Poumon droit,* mêmes lésions.

Rate: longueur : 8 c. et demi, poids 75 gr. — La pulpe est de coloration cerise foncée, résistante ; les trabécules sont visibles; les corpuscules de Malpighi petits. — *Rein gauche* (125 gr.) fortement entouré de graisse, de grandeur normale ; capsule non adhérente; surface gris foncé, violette; parenchyme très épais. L'écorce et surtout les pyramides sont injectées de sang veineux.

La substance corticale est par-ci par-là trouble et gris jaunâtre. — *Rein droit* (1415 gr.), mêmes lésions.

Langue hypertrophiée avec plusieurs impressions dentaires présentant quelques petites hémorrhagies fraîches, sans cicatrices profondes. La luette et les piliers sont gonflés, infiltrés, injectés. Amygdales agrandies, la droite pâle, la gauche plutôt gris violette paraissant atteinte d'hyperplasie chronique. — Œsophage, estomac, duodénum, pancréas, rien de bien particulier. — *Foie* un peu petit (1,200 gr.), normal.

La *trachée* est couverte inférieurement de mucosités. Muqueuse un peu injectée, la partie inférieure de la trachée est rétrécie un peu latéralement et déviée un peu à droite. — L'aorte est relativement étroite. Circonférence : 3, 4 cent., au-dessus du diaphragme, taches graisseuses et épaisissement scléreux ; il en est de même des gros troncs descendants; *aucune trace de tissu thyroïdien.*

Sur le *cuir chevelu*, nombreuses croûtes ; *cheveux rares*. L'épaississement de la calotte est surtout produit par le tissu adipeux œdématié. — *Dure-mère* sans grands changements ; à gauche, adhérences nombreuses avec la voûte crânienne, surtout près de la suture frontale, sinus longitudinal libre. — *Voûte crânienne* d'épaisseur moyenne, sutures visibles, sillon de la méningée moyenne, profond à gauche; du reste, pas de phénomènes de résorption appréciables sur la table interne, asymétrie légère des diamètres. Vaisseaux de la base sans grands changements à gauche. La configuration interne du cerveau ne présente rien de spécial.

Les *circonvolutions* sont un peu *maigres*, les *sillons* sont très accentués par suite de l'*œdème* des méninges. Quantité de sang moyenne dans la dure-mère. L'arachnoïde est brillante, surtout épaissie et tendineuse le long de la scissure interhémisphérique et cela d'une façon diffuse. On y constate, en outre, beaucoup d'épaississements miliaires atteignant quelquefois le volume d'une tête d'épingle, en partie confluents, scléreux ; il y en a aussi bien sur les sinus qu'au-dessus des circonvolutions. Les ventricules latéraux sont peu dilatés. La substance cérébrale est légèrement hyperémiée sans autres modifications. — *Poids* avec la pie-mère, après ouverture des ventricules : 1,435 gr. — Ganglions de la base, corps quadrijumeaux, normaux.

Testicules peu développés, hyperémiés. — Prostate, vésicules séminales normales. — L'humérus droit enlevé est normal. — On distingue encore la limite des épiphyses. Il en est de même pour l'extrémité supérieure du fémur. L'épiphyse du grand trochanter est encore cartilagineuse.

Examen microscopique des organes fait par le Dr Nauverk. —

1° Sang normal, autant qu'on en peut juger sur le cadavre; globules rouges de taille et couleur normales, pas d'augmentation des leucocytes. — 2° Musculature normale au tronc et aux extrémités; pas d'hyperplasie conjonctive. — 3° Musculature de la langue également normale : pas d'hypertrophie des fibrilles musculaires; tissu adipeux interstitiel abondant. — 4° La peau des diverses parties du corps (tête, tronc, membres, scrotum), est normale, sauf un fort *pannicule adipeux* et un peu d'œdème. Pas d'hyperplasie conjonctive ou de changement dans la distribution des nerfs. Pas de *transformation mucoïde* même en présence de l'acide acétique. — 5° *Grand sympathique* et nerfs périphériques normaux. — 6° Rate, foie, reins, sans prolifération conjonctive. On remarque une infiltration marquée des cellules hépatiques surtout dans les parties centrales des lobules, par des granulations pigmentaires grises jaunâtres, souvent avec dépôt graisseux; 7° Sur le cerveau soit frais, soit durci, on constate de la leptoméningite chronique ordinaire, avec faible participation de la substance corticale. Le tissu de l'arachnoïde et surtout de la pie-mère paraît fortement épaissi, mais en intensité variable, à fibres plus fortes que d'ordinaire; il y a souvent des corpuscules pigmentaires et beaucoup de noyaux. Les parties périphériques de l'écorce sont par place, surtout autour des vaisseaux, très riches en noyaux. Les espaces périvasculaires lymphatiques sont souvent élargis, et contiennent parfois des granulations laiteuses. A l'état frais, les vaisseaux corticaux, enlevés à la pince sont souvent couverts de granulations graisseuses fines.

M. Grundler croit que l'*extirpation de la glande thyroïde* amène des troubles du sytème nerveux central surtout en ce qui concerne son rôle dans les échanges nutritifs.

Les premiers cas de *myxœdème opératoire*, c'est-à-dire consécutif à l'extirpation totale de la glande thyroïde, ont été signalés par M. J. Reverdin en octobre 1882[1]. Ce n'est que six mois plus tard (4 avril 1883), que M. Kocher communiquait au *Congrès de chirurgie de Berlin* le résultat de 102 opérations de goître prati-

[1] J. Reverdin. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 15 octobre 1882, p. 539 et 540. — Communication à la *Société médicale de Genève*, 13 septembre 1882.

quées par lui, travail qui ne fut publié que plus tard dans les « *Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd. XXIX, H. 2 ». Nous ne saurions donc nous élever avec trop d'énergie contre le déni de justice fait à MM. Reverdin par la plupart des auteurs d'autant plus que, en Allemagne, l'opinion a été égarée par le fait de la communication de M. Kocher, ce qui explique qu'on ait à tort attribué à ce chirurgien une découverte qui n'était pas sienne, ainsi que le démontrent les dates des publications.

MM. J. et A. Reverdin[1] ont complété peu après (avril 1883) leur premier travail en faisant connaître, les résultats des autres opérations pratiquées par eux, confirmant d'ailleurs les précédentes. Dans la même année M. Julliard[2] en publia brièvement deux nouveaux cas.

Il faut noter que la cachexie paraît d'autant plus à craindre que l'opéré est dans la période de croissance. Le myxœdème de nature traumatique semble tellement sous la dépendance de l'*extirpation totale* de la glande thyroïde que les chirurgiens contemporains condamnent cette extirpation *totale* et ne pratiquent plus que des extirpations partielles[3].

Nous donnons ci-après le tableau des cas de *cachexie pachydermique* observés à la suite de l'extirpation totale de la glande thyroïde :

[1] J.-L. et A. Reverdin.— *Du myxœdème par extirpation de la thyroïde*. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 15 avril, 15 mai et 15 juin 1883).

[2] Julliard. – *Trente et une extirpations de goître*. (*Revue de chirurgie*, 1883, p. 585.)

[3] On a signalé, cependant, quelques cas de cachexie à la suite d'extirpations partielles; mais, outre leur rareté, on peut se demander si, dans ce cas, les parties de la glande abandonnée étaient suffisamment saines pour remplir leur rôle physiologique.

1° *Baillarger*[1]. — Fille de vingt-quatre ans; *extirpation probable* de la glande thyroïde vers l'âge de six ans, suivie d'idiotie crétinoïde.

2° *Reverdin.*— Pauline C..., vingt ans ; *goitre kystique. Extirpation totale* le 4 mars 1881. En juin 1881, on constate déjà une anémie marquée ; face, lèvres pâles, pas d'œdème; dyspnée avec plusieurs accès. A l'examen laryngoscopique, rétrécissement de la glotte. La malade ne peut plus parler ; on diagnostique de l'hystérie. Traitement par les courants constants. La dyspnée et la parole s'améliorent. Règles très irrégulières et douloureuses. Rien n'a pu améliorer l'anémie[2].

3° *Reverdin.* — Henri O..., vingt-quatre ans; *goitre kystique, extirpation totale* le 6 octobre 1880. En mars 1881, symptômes de *cachexie pachydermique* commençante, qui se développe en un an. La force des mains diminue, surtout à droite ; la marche s'appesantit, face vultueuse. Jambes infiltrées; sensation de froid ; coloration jaunâtre de la face; *aspect crétinoïde* ; langue dure, lourde, gênant la parole. — En 1882, tuberculose, abcès des ganglions lymphatiques cervicaux. Matité aux sommets.

4° *Reverdin.* — Mme F..., vingt-sept ans; *goitre kystique, extirpation totale*, 9 novembre 1880. — A la suite de l'opération, faiblesse générale avec syncopes commençantes, anémie; coloration de la face, non œdématiée, plus pâle qu'avant l'opération. Fatigue et crampes dans les jambes œdématiées; absence de mémoire de plus en plus marquée; inattention ; règles peu après l'opération régulières.

5° *Reverdin.* — Mme S..., trente-trois ans, *goitre kystique, extirpation totale* le 15 novembre 1880. Deux mois après, fatigues, anémie, perte de forces, mains lourdes, peu agiles, surtout pour les travaux fins. La voix se perd tout à coup. En février 1881, anémie prononcée, faiblesse de la mémoire, mains engourdies. En février 1883, les symptômes s'amendent, sauf pour la mémoire et la voix.

6° *Reverdin.* — Arthur B..., quarante ans, *goitre parenchymateux; extirpation totale* le 17 décembre 1880. — Fin mars 1881, cachexie pachydermique, faiblesse des jambes. Le malade fait avec peine 2 kilom. L'anémie s'accentue, le visage s'infiltre, les mains sont enflées, sans albuminurie; diminution de l'appétit, de la soif et du goût, maladresse des mains, lourdeur des jambes.

[1] *Annales médico-psychologiques*, mars 1884, p. 124.

[2] Cette malade, d'abord améliorée à tel point qu'il était difficile de constater les symptômes du myxœdème, à ce que nous rapporte M. J.-M. Reverdin, présente à nouveau (octobre 1886) des symptômes de cachexie pachydermique.

7° *Kocher*. — Femme, trente-six ans; *tumeur colloïde, extirpation totale* le 25 mars 1881; guérison en trois semaines. Le mari rapporte, le 19 février 1883, que sa femme n'a plus été un instant bien portante. Le corps est gonflé, les membres sont anesthésiés; elle a toujours froid; périodes menstruelles très irrégulières.

8° *Kocher*. — Femme, trente-huit ans; *tumeur colloïde, extirpa-*



Fig. 24. — Elle représente une opérée (cas 9) de M. Kocher et sa sœur jumelle.

tion totale le 3 juillet 1879; guérison en quinze jours. L'examen microscopique fait croire peut-être à un carcinome. Le mari dit

en mars 1883 : « Ma femme ne peut écrire elle-même par suite de douleurs nerveuses des pieds et des mains. Le cou est guéri, mais elle est comme paralysée des extrémités, surtout depuis sa dernière couche ; en 1881, sa santé n'a fait que décliner. »

9° *Kocher*. — Marie B..., onze ans, *tumeur folliculaire, extirpation totale* le 8 janvier 1874 ; guérison en trois semaines. — En février 1883, *cachexie crétinoïde* très prononcée.

Neuf ans après l'opération, c'est-à-dire en 1883, après que l'attention de M. Kocher eût été attirée sur la question du *myxœdème* par les communications de MM. Reverdin, cette malade a été photographiée à côté de sa sœur cadette (voir *fig.* 24). Avant l'opération les deux sœurs se ressemblaient tellement, que leur mise ne pouvait les distinguer l'une de l'autre. La simple inspection de la photographie permet de se rendre compte des suites de l'extirpation totale de la glande thyroïde. Il est regrettable que l'on ait cru, dans la photographie, masquer les régions les plus importantes au point de vue du myxœdème, ce qui ne permet que difficilement de se rendre un compte exact de l'état du cou, des pieds, etc. Toutefois, cette photographie met bien en évidence que si M. Kocher n'avait reconnu qu'imparfaitement à cette époque la nature de l'affection dont était atteinte son opérée, il n'en a eu une notion exacte qu'à la suite de la communication orale que lui fit M. J. Reverdin, lors du *Congrès d'hygiène* de Genève, en septembre 1882. Depuis, M. Kocher a pu constater le myxœdème sur un certain nombre de ses malades anciens ou nouveaux. Il semble du reste que M. Kocher n'ait pas bien dès l'abord saisi le mécanisme de l'étiologie du myxœdème opératoires, puisqu'en janvier 1883, il pratiquait encore des extirpations totales.

10° *Kocher*. — Jean R..., dix-sept ans, *goître hyperplasique, extirpation totale* le 21 juillet 1877 ; guérison en six semaines, récidive naturelle en 1882 ; diminution des facultés mentales et physiques.

11° *Kocher*. — Anna D..., vingt-trois ans, *goître colloïde, extirpation totale* le 1er novembre 1879 ; guérison en cinq semaines. — En février 1883, *cachexie crétinoïde* très prononcée.

12° *Kocher*. — Jacques M..., quarante-cinq ans ; *goître fibreux, extirpation totale* le 26 mars 1880. — Rapport médical du 22 février 1883 ; bonne santé jusqu'à la fin de 1881. Alors œdème palpébral et des jambes jusqu'aux genoux, avec *albuminurie* passagère. En mars 1883, *cachexie crétinoïde* très prononcée.

13° *Kocher*. — Elisa K..., douze ans ; *goître colloïde, extirpation totale* le 14 novembre 1881. — En mars 1883, commencement de la cachexie, attaques épileptiques nombreuses.

14° *Kocher.* — Rodolphe R..., dix-huit ans, *goître colloïde kystique, extirpation totale* le 19 février 1883. En mars 1883; *cachexie crétinoïde* moyenne.

15° *Kocher.* — Elisa W..., vingt-trois ans, *goître colloïde, extirpation totale* le 26 juillet 1882. — Le 19 juin 1882, respiration et déglutition libres; douleurs dans les épaules, 18 mars 1883 ; lèvres et nez un peu gros; ni idiotie, ni cachexie.

16° *Kocher.* — Adolphe R..., quatorze ans, *goître fibreux, extirpation totale* le 5 mai 1882. En mars 1883, anémie, gonflement, cachexie crétinoïde.

17° *Kocher.* — Rosine B..., vingt-six ans, *goître hyperplasique, extirpation totale* le 31 mai 1882. — En février 1885, symptômes très marqués de cachexie pachydermique.

18° *Kocher.* — Anna G..., vingt-six ans, *goître hyperplasique, extirpation totale* le 1er juin 1882. — En février 1883, hydroanémie.

19° *Kocher.* — Christian W..., seize ans, *goître folliculaire, extirpation totale* le 15 juin 1882. — En février 1883, hydroanémie.

20° *Kocher.* — Elisa R..., douze ans, *goître folliculaire, extirpation totale* le 19 juin 1882; en mars 1883, *cachexie crétinoïde.*

21° *Kocher.* — Enfant P..., fille de quinze ans, *goître kystique, extirpation totale* le 3 juillet 1882; en février 1883, *cachexie pachydermique* commençante.

22° *Kocher.* — Marie K..., vingt-huit ans; *goître folliculaire, thyroïde gauche enlevée autrefois* ; *excision* de la *thyroïde droite*, le 27 septembre 1882. En mars 1883, *cachexie crétinoïde* commençante.

23° *Kocher.* — Emma G..., seize ans; *goître folliculaire, extirpation totale* le 17 novembre 1882. Le 16 mars 1883, *cachexie crétinoïde* modérée [1].

24° *Julliard.* — Caroline B..., soixante-six; *goître colloïde, extirpation totale* cinq à six mois après, forte anémie, pâleur de la peau, faiblesse très grande et œdème des jambes; au bout de quelques mois, amélioration.

25° *Julliard.* — Joseph C..., dix-sept ans; *goître parenchymateux, extirpation totale* en 1880. En janvier 1881, faiblesse, fatigue. Le malade, autrefois gai et vif, devient taciturne et craintif; il aime la solitude, ne grandit plus; frileux, il n'a même plus la force de travailler, visage infiltré, pas d'albuminurie ni

[1] Nous n'avons pas de détails sur un autre cas de Kocher remontant à l'époque de sa première communication, ainsi que sur quelques autres cas qu'il aurait observés depuis.

d'œdème marqué, mais épaississement de la peau du visage et des mains.

26° *Baumgärtner* [1]. — Fille de seize ans, extirpation totale d'un goitre de 166 gr. en octobre 1881. Un an après, visage infiltré; mains et pieds épais, dyspnée ; alourdissement corporel et intellectuel; six mois après, l'état est encore plus marqué, la dyspnée plus forte nécessite la trachéotomie; rapide amélioration consécutive de l'état général. En 1886, les symptômes de la cachexie persistent.

27° *Baumgärtner.* — Femme de cinquante-six ans ; *extirpation totale* en août 1881. Au bout d'un an, *cachexia strumipriva* considérable, puis dyspnée, trachéotomie suivie d'amélioration rapide. En 1886, elle se plaint encore d'affaiblissement des facultés intellectuelles et physiques.

28° *Baumgärtner.* — Fille de vingt-trois ans; *extirpation totale d'un goitre* de 160 gr. en août 1882; quelques mois après, lourdeur et froid dans les membres; pâleur et idéation ralenties, visage infiltré, paupières épaisses, mains enflées le soir, pas d'albuminurie, paralysie de la glotte et aphonie qui cède à un traitement électrique; *cachexie pachydermique* considérable. Au bout d'un an, le malade respire bien. Elle a succombé depuis à une hémorrhagie pulmonaire.

29° *Baumgärtner.* — Fille de vingt-deux ans ; *extirpation totale d'un goitre* de 390 gr. ; hémorrhagie très forte en octobre 1882; six mois après, dyspnée en montant l'escalier, visage infiltré, maladresse des mains; elle ne peut plus tenir son aiguille; mains et pieds enflés; difficulté de parole et d'idéation. Au laryngoscope, abduction des arythénoïdes difficille; électricité, ferrugineux ; amélioration de l'état général. Elle peut reprendre son travail de couturière. En 1886, l'amélioration continue.

30° *Kœnig* [2]. — *Extirpation totale* pour cause de dyspnée chez un garçon; peu après, la dyspnée reparaît; trachéotomie. Un an après, le père écrit « qu'on renvoie tous les jours l'enfant de l'école, car il devient toujours plus stupide ».

31° *Bruns* [3]. — Homme de vingt-quatre ans, opéré depuis six mois, présentait en 1885, lors de la publication du travail de l'auteur, les symptômes initiaux de la cachexie pachydermique.

[1] Baumgärtner. — *Zur Cachexia strumipriva* (XIII° Congrès des chirurgiens allemands, *Beilage Zur Centralbl. für Chirurgie*, 1884, n° 23, p. 57.)

[2] König. — *XIII° Congrès des chirurgiens allemands* (*loc. cit.*), p. 58.

[3] *Loc. cit.* — Relaté par Grundler (p. 422).

32° *Bruns*. — Fille de vingt-six ans, opérée depuis quatre ans, présentait en 1885 des symptômes très graves *myxœdémateux* [1].

33° *Bruns*. — C'est le cas dont l'autopsie a été relatée plus haut (p. 355).

34° *Küster* [2]. — Garçon de douze ans ; *extirpation totale;* trois ans après l'opération, on note l'arrêt de la croissance, la pâleur du teint, un œdème dur des mains, la décoloration des muqueuses ; l'abdomen est ballonné, les testicules petits ; absence de poils au pénil ; cheveux rares, secs ; parole lente, physionomie stupide, perte de la mémoire, lenteur des mouvements, etc. Trachée réduite de volume ; en 1886, le malade est toujours cachectique.

35° *Gordon* [3]. — Femme de cinquante-deux ans, opérée il y a onze ans par Lister ; symptômes *myxœdémateux* très accentués ; l'intelligence est cependant en partie conservée.

36° *Pietrzikowski-Gussenbauer* [4]. — Garçon, âgé de neuf ans ; goître parenchymateux ; extirpation totale le 9 mai 1882, tétanie légère, guérison en 14 jours. — Deux ans et quatre mois et demi après l'opération, il présentait les principaux symptômes de la cachexie pachydermique.

37° *Pietrzikowski-Gussenbauer*. — Fille, âgée de dix-sept ans, goître colloïde kystique ; extirpation totale le 17 janvier 1883, tétanie, guérison en quatre semaines. — En 1884, début de la cachexie pachydermique.

38° *Pietrzikowski-Gussenbauer*. — Fille, âgée de dix ans, goître vasculaire ; extirpation totale, le 29 août. — Trois ans après l'examen de la malade permettait de constater des symptômes de cachexie pachydermique.

39° *Baumgärtner* [5]. — Fille de vingt-cinq ans ; goître circulaire ; *extirpation totale* ; deux mois après, cachexie [6].

[1] Un troisième cas de thyroïdectomie totale, relaté par Grundler et appartenant à Bruns, n'avait été suivi quatre mois après d'aucun accident.

[2] Hans Schmidt. — *Ein Fall von Cachexia strumipriva.* (*Berliner klinische Wochenschrift*, 2 août 1886).

[3] Gordon. — *Myxœdema following upon removal of the thyroïd gland.* (*The Lancet*, 1886, n° 11).

[4] Pietrzikowski. — *Beiträge zur Kropfexstirpation nebst Beiträgen zur Cachexia strumipriva.* (*Prager Wochenschrift*, 1884, n° 48 et suivants et 1885 n°s 1 et 2).

[5] Baumgärtner. — *Congrès des naturalistes allemands*, Berlin, 1886.

[6] On a encore signalé quelques autres cas de myxœdème opératoire, (W. Stokes ; 1 cas avec autopsie), dont quelques-uns sans aucun détail (cas d'Occhini, de Ruggi, etc.).

Si la plupart des chirurgiens admettent que le myxœdème peut être une conséquence de la thyroïdectomie totale, il se trouve encore quelques auteurs pour contester ces résultats. Ainsi M. Mikulicz[1] ne croit pas que l'étiologie opératoire de la cachexie pachydermique soit complètement élucidée; quelques-uns de ses malades présentaient, en effet, avant la thyroïdectomie soit un arrêt de croissance, soit l'aspect crétinoïde. Ces derniers, au nombre de trois, étaient âgés de dix-sept à vingt ans. L'auteur pense que si on les avait opérés avant l'apparition de l'état crétinoïde, celui-ci aurait été attribué à l'opération. L'objection soulevée par M. Mikulicz perd beaucoup de sa valeur du fait qu'il ne donne aucun détail sur l'état des corps thyroïdes extirpés; on comprend très bien qu'une glande thyroïde dont toutes les parties sont affectées puisse, fonctionnellement parlant, amener les mêmes modifications organiques que l'extirpation totale.

La cachexie pachydermique aurait encore, dans de très rares cas, été observée à la suite de thyroïdectomies partielles, mais ces observations sont souvent susceptibles des mêmes critiques que celles de M. Mikulicz. Les cas parvenus à notre connaissance appartiennent à MM. Tassi, Occhini et Poncet (de Lyon), celui-ci aurait observé une *cachexie pachydermique fruste* à la suite d'une résection de l'isthme. Ces cas se trouvent en partie expliqués par l'observation que vient de rapporter M. J. Reverdin d'un de ses malades chez qui l'extirpation du lobe gauche de la thyroïde fut

[1] Mikulicz. — *Beitrag zur Operation des Kropfes.* (*Wiener med. Wochenschrift*, 2, 9, 16, et 23 janvier 1886.

suivie de l'atrophie du lobe droit [1]; toutefois M. Poncet dit ne pas avoir constaté l'atrophie de la glande chez son opéré.

Sur 24 cas d'extirpation totale, Kocher aurait observé 18 fois la cachexie pachydermique; sur 11 cas, MM. Reverdin ont noté 5 cas de cachexie; — Baumgärtner a eu 5 myxœdémateux sur 11 opérés; M. Julliard 2 cas également sur 11 opérés; — Küster 1 cas sur 4 thyroïdectomies totales; — Pietrzikowski-Gussenbauer, 3 cas sur 9 extirpations totales, etc. Soit en tout 39 cas, dont 13 hommes et 26 femmes (en retranchant un cas de Kocher sur lequel les détails nous manquent). — Le tableau suivant donne la proportion selon l'âge :

De 10 à 20 ans.	18 cas.
20 à 30	14 [2]
30 à 40	3
40 à 50	2
50 à 60	1
60 à 70	1

Les globules rouges étaient tombés à 2,168,000 par centimètre cube (Kocher) au lieu de 5,000,000 environ à l'état normal.

Avant d'aller plus loin nous croyons intéressant de relever de suite un fait important au point de vue du *pronostic* du myxœdème opératoire. Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur quelques-uns des

[1] MM. Girard et Niehans auraient également vu quelques indices de myxœdème à la suite d'une extirpation partielle. On sait du reste que plusieurs auteurs étrangers ont observé déjà l'atrophie du corps thyroïde après la résection ou l'incision de l'isthme (Sidney Jones, W. Stokes), ou l'extirpation d'un lobe (Wolff, Küster, W. Stokes).

[2] Le cas de Baillarger, observé par lui lorsque la malade avait vingt-quatre ans, devrait être reporté à une époque antérieure indéterminée.

malades de MM. Reverdin, quatre de leurs opérés atteints consécutivement de myxœdème ont été revus par eux en décembre dernier. Chez tous, l'amélioration était notable; chez deux (Mme F... et Mlle S...), on constata le développement tardif d'un lobule thyroïdien aberrant. Depuis le mois de décembre, une des opérées (Mlle Crott...) a été revue par l'un de nous avec M. J. Reverdin, qui nous écrivait peu après « que l'amélioration est de plus en plus marquée[1] ». Tous ces malades ont été opérés dans le courant des années 1880 et 1881[2].

Baumgärtner a également constaté l'amélioration de deux de ses cinq opérés atteints de myxœdème. Il semble donc résulter de ces faits que le *pronostic* du myxœdème opératoire est plus favorable que celui du myxœdème médical dont la marche paraît fatalement progressive, si l'on en juge par les cas que nous avons rassemblés.

De toutes les hypothèses émises jusqu'à ce jour sur l'*étiologie* de la cachexie pachydermique, l'atrophie ou l'absence de la glande thyroïde était celle qui rencontrait le plus grand nombre d'adversaires. Mais les cas de myxœdème observés par MM. Reverdin, Kocher, etc., à la suite de l'extirpation totale du corps thyroïde, le cas du *Pacha*, ceux de Curling, de H. Fagge, etc., que nous avons rapportés plus haut, viennent donner une grande valeur à la théorie qui fait dépendre le

[1] Voir plus haut note 2, p. 360.

[2] Voir, pour plus amples détails : *Note sur vingt-deux opérations de goître* par J.-L, et A. Reverdin, Genève, 1885, et le travail que M. J. Reverdin vient de présenter sur ce sujet au *Congrès français de chirurgie*.

myxœdème d'une lésion grave ou de l'absence de la glande thyroïde. La révision des cas publiés par les auteurs permet du reste d'affirmer que dans presque tous ceux où il est fait mention de l'examen de la glande thyroïde, celle-ci était lésée, que, dans les observations non suivies d'autopsie il est souvent noté qu'elle n'a pu être reconnue à la palpation.

Cooper[1], puis Schiff[2] semblent les premiers avoir entrevu autrefois les *effets physiologiques* de la glande thyroïde; et récemment les nouvelles recherches des physiologistes sont venues confirmer ce qu'avait du reste démontré la clinique; on peut au surplus considérer la thyroïdectomie comme une expérience physiologique pratiquée sur l'homme. Des expériences faites sur les animaux, les plus concluantes et les mieux conduites nous paraissent être celles de M. Horsley, tant à cause de l'espèce animale à laquelle il s'est adressé que par la façon dont elles ont été dirigées. Dès le mois le décembre 1884, M. Horsley publiait dans le *British medical Journal* (p. 910) le résultat de l'extirpation du corps thyroïde chez le singe. Chez ce primate l'extirpation de la glande thyroïde, opérée avec les précautions antiseptiques (la guérison de la plaie fut complète en trois jours) produit des troubles nerveux généraux : convulsions, paralysie fonctionnelle, hébétude mentale et enfin idiotie complète, de la leucocytose, un abaissement de la tem-

[1] *Meckel's Archiv f. d. Physiologie*, 1820, p. 185.

[2] Schiff. — *Untersuchungen über die Zuckerbildung in der Leber und der Einfluss des Nerven-systems auf die Erzeugung des Diabetes.* Würzburg, 1885, p. 61.

pérature, etc., tous les symptômes enfin observés dans le myxœdème. On pouvait constater de plus l'accumulation de la mucine dans le tissu conjonctif.

Les nouvelles recherches de M. Horsley, entreprises sur le chien, le chat et le singe, paraissent démontrer que la glande thyroïde est d'autant plus nécessaire au fonctionnement normal de l'animal, que celui-ci est plus jeune ; c'est ce que l'anatomie pathologique avait déjà fait reconnaître sans qu'il eût été donné, jusqu'à ces derniers temps, une explication satisfaisante du développement plus considérable de la glande thyroïde dans le jeune âge et de son atrophie et de sa dégénérescence chez le vieillard, qui, lui aussi, par certains caractères, est myxœdémateux. Depuis longtemps déjà notre attention a été appelée sur l'état de la glande thyroïde chez les idiots, et sans pouvoir encore établir de relation certaine (ce qui serait prématuré) entre les faits trouvés à l'autopsie et quelques symptômes observés du vivant du sujet ; nous avons pu constater que chez la plupart de nos idiots la glande thyroïde est petite et le plus souvent dégénérée. Les singes opérés par M. Horsley ne survivent guère plus de six ou sept semaines à l'opération. M. Horsley est cependant parvenu à obtenir chez ses opérés une survie de quatre à cinq mois et même plus en les maintenant dans un milieu porté artificiellement à une température élevée : M. Horsley rapporte les symptômes observés par lui à trois états successifs : 1° période nerveuse ; 2° période mucoïde ; 3° période atrophique.

D'après l'auteur, cette évolution expliquerait pourquoi, chez certains idiots crétinoïdes ou dans les cas très chroniques de myxœdème, la dégénérescence

mucoïde est peu apparente; c'est, en effet, ce que nous avons observé chez le *Pacha*.

Les expériences de M. Horsley montrent encore que l'ablation de la glande thyroïde a une action évidente sur les centres nerveux et expliquent les phénomènes nerveux observés à la suite de la thyroïdectomie totale, par exemple, le tétanos; que, de plus, c'est avec raison que cette glande avait été classée (on ne sait trop pourquoi) parmi les organes hématopoiétiques [1].

Nous regrettons de ne pouvoir nous appesantir plus longuement sur les recherches physiologiques de M. Horsley qui trouveraient mieux leur place dans une étude complète sur le myxœdème. Nous avons cru cependant devoir les mentionner brièvement parce qu'elles expliquent suffisamment les symptômes observés dans l'idiotie crétinoïde ou à la suite de la thyroïdectomie; il reste toutefois à expliquer pourquoi, chez l'homme, la thyroïdectomie semble produire un état myxœdémateux susceptible d'amélioration, dont il ne nous est pas même possible de déterminer la durée exacte.

Le rôle physiologique de la glande thyroïde a encore donné, dans ces dernières années, naissance à de nombreux travaux que nous ne ferons qu'analyser très brièvement. M. Schiff [2], un des premiers, a démontré que les rongeurs supportent très bien la thyroïdecto-

[1] La veine thyroïdienne inférieure contiendrait un plus grand nombre de corpuscules rouges.

[2] Schiff. — *Résumé d'une série d'expériences sur les effets et l'ablation des corps thyroïdes.* (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 2, 15 février 1885, p. 65, et n° 8, 15 août 1884.)

mie totale et simultanée, au contraire des carnivores (chiens et chats) qui succombent après avoir présenté des symptômes plus ou moins comparables à ceux qu'on observe dans les cas de myxœdème ; opérés toutefois à un intervalle de quinze jours, ces mêmes carnivores peuvent survivre indéfiniment [1].

Il a été opposé aux expériences de M. Schiff un certain nombre d'objections dont les principales se trouvent contenues dans le travail de M. Kauffmann [2], fait sous la direction de M. Klebs. Qu'il nous suffise de dire que cet auteur si sévère envers les autres, sauf envers M. Kocher à qui il attribue la découverte du myxœdème opératoire, a basé ses critiques sur de prétendues extirpations de corps thyroïdes chez le chien qui se trouvent n'être que des extirpations des glandes sous-maxillaires ainsi qu'il ressort de son travail même et des figures qui y sont annexées.

MM. Albertoni et Tizzoni [3], Herzen [4], Fuhr [5] confirment en partie les expériences de M. Schiff. Les auteurs italiens n'auraient observé aucune influence de l'âge et du sexe des animaux opérés dont la survie aurait atteint

[1] M. Niehans (de Berne) aurait observé deux cas de cachexie pachydermique à la suite de l'extirpation du goître en deux temps éloignés (état qui se rapprocherait de ce qui se passe dans le myxœdème médical).

[2] Kauffmann. — *Die Schildrusenexstirpation beim Hunde und ihre Folge.* (*Arch. f. exp. Pathologie und Pharmakologie*, septembre 1884, p. 361, Bd. XVIII, III et IV, H.).

[3] Albertoni et Tizzoni. — *Sugli effetti dell' estirpazione della tyroïde.* (*Arch. per le Scienze mediche*, t. X, n° 1, 1886) et *Archives italiennes de Biologie*, VII, fasc. 2.)

[4] Herzen. — *A quoi sert la thyroïde* (*Semaine méd.*, 11 août 1886).

[5] Fuhr. *Die Exstirpation der Schildrüse* (*Archiv. f. Exp. Pathologie u. Pharmakologie*, 5 août 1886, p. 373 à 460). — Nous avons eu connaissance de ce travail trop tardivement pour l'analyser d'une façon complète; on y trouvera des renseignements bibliographiques intéressants en ce qui concerne la physiologie de la glande thyroïde.

plusieurs mois et même un an soit après des ablations simultanées, soit après des extirpations successives; les résultats seraient comparables dans les deux cas. Selon eux, il résulterait de leurs recherches que la thyroïde aurait pour fonction de permettre à l'hémoglobine de fixer l'oxygène [1]. Les chiens éthyroïdés de M. Herzen n'ont succombé qu'après une période plus longue que celle observée dans les premières expériences de M. Schiff (ablation totale et simultanée). Chez un des chiens opérés par M. Herzen, on nota une survie de cinquante-deux jours; un autre chien dont nous ignorons l'état ultérieur, ne présentait encore aucun phénomène morbide lors de la publication de ces expériences (quarante-deux jours après l'observation). M. Herzen admet que les effets de la thyroïdectomie dépendent bien réellement de l'*absence de la thyroïde* et qu'ils sont l'expression d'une *affection cérébrale* probablement corticale.

Parmi les auteurs qui ont obtenu des résultats contraires à ceux de M. Schiff, nous devons encore citer M. Philipeaux [2]. Après avoir rappelé que, quinze ans auparavant, il avait montré l'innocuité de l'extirpation de la glande thyroïde chez le rat albinos, cet auteur prétend avoir éthyroïdisé huit chiens sans qu'il s'en soit suivi aucun trouble fonctionnel. Ces chiens avaient été opérés les 1er et 15 septembre 1884 et M. Philipeaux donnait le résultat de ses expériences dès le

[1] Bruns admet que le corps thyroïde joue un rôle dans la formation du sang, soit un éliminant des substances nuisibles, soit en produisant des substances nécessaires à la nutrition du système nerveux.

[2] Philipeaux. — *De l'extirpation des corps thyroïdes des chiens.* (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 8 novembre 1884, p, 606.)

8 novembre de la même année. Les résultats obtenus par M. Schiff seraient dus, selon lui, à des complications opératoires.

Pour M. Rogowitsch [1], dont les expériences confirment celles de M. Schiff en ce qui concerne les résultats opératoires, les animaux succomberaient avec des symptômes rappelant l'empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, etc. Il aurait noté à l'autopsie une *encéphalomyélite parenchymateuse subaiguë* résultant de l'action d'un produit toxique (inconnu) de l'organisme dont la neutralisation s'opérerait à l'état normal, dans la glande thyroïde. La théorie toxique semble, du reste, être actuellement adoptée par un grand nombre de physiologistes. M. Schiff, qui d'abord considérait avec Liebermeister, Zésas, Wagner, Sanquirico et Canalis, Colzi, la glande thyroïde comme un organe régulateur de la circulation cérébrale, s'y est rallié après avoir montré, dans ses dernières expériences [2], que la santé des animaux est conservée si on laisse un petit morceau de la glande thyroïde [3], ou, si l'on fait la thyroïdectomie totale, après avoir greffé dans la cavité péritonéale un petit morceau d'une glande thyroïde.

M. Allara [4] soutient que chez le poulet l'extirpation

[1] Rogowitsch. — *Zur Physiologie der Schildruse* (*Centralbl. f. die med. Wissenschaften*, 24 juillet 1886.)

[2] Zésas. — *D. med. Zeitung.*, nos 55, 56, 1886.

[3] M. Cambria (*Ueber die Schilddrusen-Resektion nach Mickulicz*) prétend que les chiens supporteraient aussi bien que l'homme la résection de la thyroïde si on a soin de laisser un petit morceau de la glande (*Wien. med. Woch.*, 31 juillet 1886.) — Les résultats contradictoires obtenus dans les expériences sur les chiens seraient du reste souvent expliqués par l'existence d'une glande thyroïde aortique, accessoire fréquemment observé chez cet animal

[4] Allara. — *Sulla estirpazione della tiroïde.* (*Lo Sperimentale*, mars 1885, p. 281.)

totale de la glande thyroïde n'amène aucun des troubles remarqués chez le chien. Il attribue ce résultat à la situation de la glande chez le poulet, qui permet de les éthyroïdiser sans léser aucun rameau du grand sympathique. On sait, en effet, que MM. Reverdin, Baumgärtner, etc., avaient cru pouvoir faire dépendre les phénomènes myxœdémateux observés chez leurs opérés de la section de nombreux ramuscules de ce nerf.

Plusieurs auteurs (Sanquirico, Canalis, Ughetti et Di Mattei [1]) ont cherché s'il existait quelque relation fonctionnelle entre la glande thyroïde et la rate ; les expériences sont jusqu'ici restées négatives.

Un grand nombre d'hypothèses ont été émises au sujet de la *nature* du myxœdème ; chaque observateur a donné la sienne ; nous ne croyons pas devoir nous y arrêter ; nous signalerons seulement les théories attribuant le myxœdème à l'anémie due à une dénutrition consécutive au rétrécissement de la trachée, etc. (ligature des artères thyroïdiennes inférieures, Kocher), à l'anémie consécutive à la paralysie des dilatateurs de la glotte, à une lésion des rameaux du grand sympathique, à l'altération du corps pituitaire et de la glande pinéale, à l'action de l'acide phénique pendant l'opération, à une lésion des troncs nerveux, situés dans le voisinage de la glande thyroïde, à l'action de la mucine sur les centres nerveux, etc., etc.

Si la physiologie de la glande thyroïde est encore quelque peu obscure, il n'en reste pas moins établi que son absence ou les altérations pathologiques, dont

[1] Ughetti et Di Mattei. — *Sulla spleno-tiroïdectomia nel cane et nel coniglio.* (*Arch. per le scienze mediche*, vol. IX, n° 11).

elle peut être le siège, en empêchant totalement son fonctionnement, produisent un état crétinoïde assez voisin du crétinisme avec ou sans goître.

Le myxœdème a pu être confondu avec un certain nombre d'autres affections, la *néphrite*, la *lipomatose généralisée*, les *lipomes symétriques*, la *sclérodermie*. L'œdème néphrétique se différencie facilement par sa nature, sa mobilité, son siège, par les caractères tirés de l'examen des urines, etc., et enfin par l'absence de signes importants rencontrés dans le myxœdème.

La *lipomatose généralisée* est également facile à distinguer du myxœdème, nous ne nous y arrêterons pas non plus qu'aux *lipomes symétriques* qui ne peuvent prêter à confusion que lorsqu'ils siègent dans les fosses sus-claviculaires, mais alors l'absence des autres signes myxœdémateux permet de faire facilement le diagnostic.

Le diagnostic entre le myxœdème et la *sclérodermie* s'établit sans difficulté ; dans la sclérodermie œdémateuse la peau, inégalement dure, offre dans certaines parties une résistance nullement comparable à celle du myxœdème, ou est parfois franchement œdémateuse.

Nous reviendrons dans un prochain numéro sur quelques nouveaux faits qui sont parvenus à notre connaissance et nous donnerons l'examen histologique des différents organes du *Pacha*.

RECUEIL DE FAITS

TENTATIVE DE SUICIDE PAR PENDAISON. — AMNÉSIE RÉTROACTIVE, MODIFICATION DU DÉLIRE ;

Par Ch. FÉRÉ et P. BRÉDA.

Nous avons observé pendant les vacances, dans la première section des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, un épisode qui nous a paru mériter une courte analyse. Nous ne nous arrêterons pas sur les détails de l'affection mentale de cette malade, qui est entrée dans la direction de M. A. Voisin; nous ne ferons que rapporter succinctement les faits qui se sont passés sous nos yeux.

Observation. — *Tentative de suicide par pendaison. — Accidents d'œdème de la glotte et de distension du plexus brachial. — Amnésie rétroactive. — Modification momentanée du délire.*

Antécédents héréditaires. — *Père*, bien portant; buveur, de temps en temps a des névralgies, quelquefois très tenaces.

Mère. — Très nerveuse, a eu de nombreuses attaques qui persistent encore à l'heure actuelle, mais en moins grande quantité depuis la ménopause.

Antécédents personnels. On ne relève chez M... aucune trace d'affection nerveuse dans l'enfance; mais ses souvenirs ne paraissent pas très précis. Elle a été réglée de bonne heure (?) et présentait, paraît-il, une légère excitation au moment des époques.

Premier accès. — Il y a dix-huit ans, elle entre dans le service de M. Trélat, qui porte comme diagnostic : Manie hystérique. — On avait voulu la faire marier de force. Tentative de suicide. Séjour de seize mois. Depuis, bonne santé, sauf un peu d'excitation aux époques. Actuellement, on ne trouve plus de stigmates hystériques, sauf peut-être un point ovarien du côté droit.

Deuxième accès. (18 septembre 1885.) — Travaillait au Bon

Marché ; le prix de son travail est diminué; une personne, qui avait promis de s'interposer, en profite pour se substituer à elle et tenir sur elle et son mari des propos désagréables, dit qu'elle se vengera, tient des propos incohérents et est agitée. Toutefois elle n'aurait point eu à ce moment d'idées de suicide.

Troisième accès. — Sortie le 9 octobre 1885, elle rentre à la Salpêtrière quelques jours après et, si l'on en croit la famille, l'amélioration qui avait autorisé sa sortie n'avait point duré plus de vingt-quatre heures après; le 20 octobre, jour de sa rentrée, même aspect, même physionomie, mêmes propos.

A ce moment apparaissent des idées de suicide, qu'elle essaie de motiver en disant qu'elle est certaine de ne point guérir de sa maladie et qu'elle est désespérée de ne pouvoir rester chez elle pour soigner son enfant.

1er *mars* 1886. — B... essaie de se suicider en avalant des épingles: elle prétend en avoir avalé plus de 100; la malade devient de plus en plus sombre ; elle porte aussi au bras droit une petite plaie qu'elle s'est faite avec des éclats de verre.

B... prétend qu'elle veut débarrasser son mari et la société d'un membre inutile, puisqu'elle est assez dénaturée pour ne point soigner son enfant et abandonner son ménage ; elle annonce qu'elle s'étranglera. — Pas d'hallucinations.

11. — B... essaie de se suicider en avalant du verre pilé, qu'elle vomit presque immédiatement. — Pas d'accidents.

16. — B... avale dans les cabinets du chlore qui y avait été déposé quelques instants auparavant. Vomissements. — Pas d'autres accidents.

Depuis lors, la malade devient de plus en plus sombre, disant qu'elle est une coquine, une misérable, que bien des gens qui ont passé par la guillotine sont moins coupables qu'elle. — Insomnie constante.

Mélancolie s'accentuant chaque jour ; de temps à autre diverses petites tentatives de suicide qui toutes avortent successivement. — Pas d'hallucinations. — B... se trouvait le plus souvent dans le service avec une autre malade, K..., hantée, elle aussi par des idées de suicide ; cette dernière était pour ce fait la plupart du temps camisolée; leur entretien roulait presque constamment sur le suicide et les moyens de le mener à bonne fin.

Le jeudi 26 *août* 1886, à une heure de l'après-midi, K... vient trouver la surveillante de service, et lui dit que B... est montée dans le dortoir des filles de service, et que très probablement elle n'y était que pour se faire du mal; la surveillante se hâte de se rendre à l'endroit désigné et y trouve B... pendue à une barre de fer de la fenêtre. Cette fenêtre vitrée était ouverte, mais l'ouver-

ture était fermée par un grillage qui laisse libre en dedans l'encadrement de la fenêtre. B... après avoir attaché la corde au barreau supérieur du grillage s'était assise sur l'encadrement de la fenêtre, le dos tourné en dehors, puis s'était laissé glisser. Dans ce glissement, elle s'était portée du côté gauche, de sorte que le bras gauche s'était tourné en arrière et en bas, et était pris entre le corps et le mur. La tête s'était aussi portée du même côté. Aussi le sillon que la corde forme sur le cou arrive-t-il en arrière jusqu'à la ligne médiane à gauche, tandis qu'à droite il s'avance beaucoup moins loin. La constriction a surtout porté du côté gauche, vers lequel la tête était fortement fléchie : c'est ce qui peut expliquer le tiraillement du plexus cervical du côté droit, dont nous retrouverons plus loin les conséquences.

La corde immédiatement coupée, B... est étendue par terre et ne donne plus signe de vie ; on la flagelle avec des linges trempés dans du vinaigre; on lui promène de nombreux sinapismes sur tout le corps et on finit par la ramener à la vie.

La voix est perdue; le cou est extrêmement gonflé et porte une raie ecchymotique, beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite. A gauche, cette trace de la corde arrivée dans la région de la nuque, se prolonge jusqu'à la ligne médiane, qu'elle dépasse même un peu. A droite, la trace est beaucoup moins profonde, ce qui est expliqué par la position dans laquelle B... a été trouvée. A l'examen de la gorge, on constate que la luette est gonflée ainsi que les piliers du voile du palais; deux incisives et une canine inférieures sont très ébranlées. Il est impossible de porter les recherches plus loin de ce côté à cause de la difficulté considérable de la respiration. B... est placée dans un fauteuil; la respiration est sifflante, rauque, on entend un bruit de drapeau dans le larynx ; la suffocation est telle à de certains moments qu'on se tient prêt à pratiquer la trachéotomie. La malade est absolument inconsciente; elle ne s'occupe en aucune façon de ce qui se passe autour d'elle, ne répondant pas aux questions qui lui sont faites; la sensibilité paraît très diminuée, au point que la malade ne retire point le bras quand on la pince très fortement.

Vendredi matin, 27 *août*. — Le cou est toujours gonflé, les lèvres sont violacées, les yeux saillants; le tirage n'est point diminué et il y a toujours lieu de craindre la nécessité de la trachéotomie. Injection de morphine.

Vendredi midi. — A la suite des injections de morphine, les accès de suffocation ont diminué ; la voix est légèrement revenue, mais rauque, très voilée, éraillée et difficilement compréhensible, la malade respire toujours avec peine, mais le tirage est moindre.

Vendredi soir. — B... va beaucoup mieux ; le cou est dégonflé, le tirage a presque complètement disparu ; la malade parle, mais

la voix est toujours très voilée. — Boissons tièdes, ingérées assez facilement.

Samedi 28. — Le gonflement est à peu près complètement disparu; la respiration est devenue normale, la voix reste toujours un peu enrouée; la malade toussote de temps à autre. Pas de crachats.

B... se plaint de douleurs dans l'épaule droite. L'amélioration que l'on constate au point de vue des accidents qui ont suivi le suicide n'est point la seule; l'état mental lui-même est amélioré; B..., qui, antérieurement, était sombre, anxieuse, a maintenant une physionomie ouverte; elle s'étonne de se voir camisolée et dit qu'elle serait bien mieux à aider les filles du service à mettre en ordre le dortoir. — B... n'a repris vraiment conscience d'elle-même qu'hier soir vendredi, c'est-à-dire trente et une heures après l'accident; elle se rappelle avoir été oppressée à ce moment, mais elle a perdu le souvenir de sa tentative de suicide.

Elle explique son enrouement par le froid qu'elle aurait pris la veille en marchant les pieds nus dans l'eau.

Dimanche 29. — L'amélioration continue.

Lundi 30. — La malade est interrogée de nouveau, et l'on essaie de lui faire rappeler son suicide et les circonstances qui l'ont précédé. « Nous sommes montées, nous dit-elle, dans le dortoir, K... et moi, pour reporter du linge, et là, nous avons fait la remarque qu'il serait bien aisé de se servir de la barre des fenêtres pour se pendre et débarrasser ainsi le monde de nous. » Nous poussons un peu la malade et nous lui demandons si elle n'a pas essayé de mettre son projet à exécution. — Oh! non, nous répondit-elle, j'ai bien trop peur de me faire du mal; j'avais bien une corde, mais je ne m'en suis pas servie. »

Sur de nouvelles instances auprès d'elle, B... se révolte, se plaignant que la fille nous ait fait sur elle de mauvais rapports; elle s'en prend à la surveillante, et lui reproche de la mal servir auprès de nous.

A plusieurs reprises, le même sujet est abordé, mais il est impossible de la faire se souvenir de son suicide; sa mémoire se perd au moment où, de concert avec K..., elles examinaient le moyen de mener à bien leur suicide. Ce qui pourrait prouver la sincérité de B..., c'est qu'elle a recherché plusieurs fois la corde dont elle s'est servie, et qui était placée dans un sac à elle appartenant.

Si l'on demande à B... l'explication de la raie noire que l'on voit sur son cou et qu'on lui montre dans une glace. « Ceci, dit-elle, c'est la camisole qu'on m'avait mise depuis deux jours, et qui doit avoir été trop serrée. » L'état mental est changé; B... suppliait autrefois qu'on ne la renvoyât pas dans sa famille,

parce qu'elle en était indigne; aujourd'hui, au contraire, elle demande sa sortie. « J'étais venue ici, nous dit-elle, avec l'idée de ne plus en sortir et de ne plus rien faire; j'étais, en faisant cela, bien criminelle; mais, maintenant, mon mari me pardonne tout, et j'espère bien que vous allez me signer ma sortie pour me permettre d'aller vivre au milieu des miens et de soigner mon enfant. » D'ailleurs, depuis sa tentative de suicide, elle a retrouvé le sommeil qu'elle avait perdu depuis longtemps.

Samedi 4 *septembre.* — B... se plaint de douleurs assez vives dans le bras et l'épaule. L'ecchymose provoquée par la corde a presque entièrement disparu du côté droit, tandis qu'à gauche, et sur un espace de 7 à 8 centimètres de longueur, la peau du cou est scarifiée; la largeur de la plaie est de 4 millimètres environ. Cette suppuration ne s'est point montrée à droite.

Les idées de suicide ont complètement disparu; la malade n'est plus tourmentée que par la question de savoir si l'on voudra la laisser sortir de la Salpêtrière; elle craint de se voir refuser cette sortie.

Mardi 7. — L'état général n'a pas changé; seulement les idées d'indignité semblent revenir, et la malade ne demande plus directement sa sortie; elle supplie qu'on la force à sortir, craignant de ne pouvoir le faire elle-même, et ne pouvant se mettre dans l'idée que ce jour arrivera jamais.

Les douleurs dans l'épaule droite et le bras sont devenues plus grandes; cette douleur que la malade localisait dans l'articulation scapulo-humérale, siège ailleurs. Quand on appuie en dehors du sterno-mastoïdien, au niveau des apophyses transverses, on détermine une douleur assez vive, qui du reste se retrouve sur tout le trajet du plexus brachial, dans le creux sus-claviculaire, dans l'aisselle et au bras, sur tout le parcours des principaux nerfs : médian, cubital et radial. On ne trouve pas de douleur à l'avant-bras et à la main, mais seulement un léger engourdissement.

La même douleur se trouve à la nuque tout le long des apophyses épineuses, depuis l'occipital jusqu'à la proéminente.

Un premier vésicatoire est posé dans le creux sus-claviculaire le mardi 7 septembre.

Un second vésicatoire est posé à la nuque et amène un grand soulagement; pourtant les mouvements sont encore assez pénibles, et il est difficile à la malade de porter la main sur la tête.

La légère amélioration que l'on avait constatée au point de vue mental n'a point persisté, et n'a guère duré que huit jours; aujourd'hui, B... semble être revenue à son ancien délire, et répète les mêmes propos qu'avant sa tentative; néanmoins, les idées de suicide paraissent disparues.

A partir du 16 septembre, à la suite d'une visite de sa mère,

qui lui a beaucoup parlé de sortie, B... a perdu de nouveau le sommeil.

En résumé, cette tentative de suicide a déterminé des effets locaux assez importants : 1° d'abord des accidents d'œdème de la glotte, qui ont laissé le pronostic en suspens pendant près de vingt-quatre heures; 2° une distension des racines cervicales, laissant après elle une névralgie diffuse du plexus cervical qui n'a pas encore complètement disparu.

Mais les phénomènes les plus intéressants se sont manifestés du côté des fonctions psychiques :

1° Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence de souvenir pendant la période de trente heures environ qui a suivi l'accident; mais on reconnaît bientôt que cette amnésie comprenait le temps où se sont faits les préparatifs du suicide. Il semble donc que nous retrouvions dans cette circonstance un des caractères les plus importants des amnésies traumatiques, qui souvent sont rétroactives, c'est-à-dire comprennent une certaine période antérieure au choc.

2° Enfin un autre fait qui n'est pas moins remarquable, c'est la modification du délire, qui a été telle pendant quelques jours, qu'on aurait pu croire à une guérison complète. C'est en quelque sorte la contre-partie des faits de dépression psychique avec ou sans délire, que l'on observe quelquefois à la suite de chocs violents.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

LI. Chirurgie du cerveau; par Victor Horsley, Bs. FR. S[1].

A cause du peu de temps accordé à la lecture des communications, le mémoire suivant n'est nécessairement qu'une simple description de la méthode que j'ai choisie comme surmontant avec succès les difficultés et les dangers des opérations sur le

[1] *British Medical Association*, cinquante-quatrième réunion annuelle.

cerveau. Puisqu'en plusieurs points essentiels ma méthode diffère de ce qui a été considéré par quelques-uns comme les règles de la chirurgie, je crois que le sujet sera mieux traité en décrivant avec détail le traitement d'un cas imaginaire, accompagné des photographies et des spécimens pris sur les malades que vous voyez devant vous et sur les animaux inférieurs qui ont servi de sujet aux expériences.

Préparation du malade. — La veille de l'opération, la tête du malade est rasée et lavée avec du savon et de l'éther; puis la place de la lésion est constatée par des mesures et marquée sur le cuir chevelu. La tête est alors couverte avec de la charpie, imbibée d'une solution au 20e d'acide phénique, du mackintosh et de la ouate, et se trouve ainsi phéniquée au moins douze heures avant l'opération. Enfin, on administre, la veille au soir le purgatif ordinaire, suivi d'un lavement le matin de l'opération.

Anesthésie. — La méthode de l'anesthésie est très importante, elle consiste en l'administration, par injection hypodermique, d'un quart de grain de morphine, après quoi le malade est chloroformisé. L'administration de la morphine a un double but. D'abord, comme on le sait, cela permet de faire une longue opération sans donner une grande quantité de chloroforme. En effet, j'ai trouvé que la quantité actuellement administrée pour une opération de deux heures est très petite. La seconde raison pour employer la morphine est, peut-être, la plus importante, puisqu'elle est basée sur ce fait, démontré par le professeur Schafer et par moi, à la suite d'expériences sur des singes, que la morphine produit une contraction très marquée des artérioles du système nerveux central, et par suite si le malade est sous son action, une incision dans le cerveau, ne sera accompagnée que d'un très petit suintement. Je n'ai pas employé l'éther dans les opérations sur l'homme, craignant qu'il ne produise une excitation cérébrale; le chloroforme, au contraire, produit une dépression marquée. Dans le cas d'une complication cardiaque, ces considérations théoriques seraient abandonnées pour l'emploi d'un anesthésique plus sûr. Dans le cas de mon second malade, le cœur était déplacé en dehors, et le lobe inférieur du poumon gauche ne servait que peu à la respiration par suite de plusieurs attaques de pleurésie; mais je n'ai pas considéré cet état comme une contre-indication suffisante de l'emploi du chloroforme. Dans le cas où il y a

encore lésion cardiaque considérable, on doit faire une pareille opération sous l'action de la cocaïne. Dans ce cas, on doit faire attention d'employer une très forte solution lorsque la dure-mère est exposée, puisque cette membrane est très sensible (ses nerfs venant de la cinquième branche des nerfs crâniens), fait qui semble inconnu aux cliniciens, quoi qu'il ait évidemment son importance comme cause de la douleur intra-crânienne.

Quoique les solutions de cocaïne puissent être, dit-on, parfaitement aseptiques, une plus ample confirmation de cette assertion doit être faite avant qu'on l'emploie, comme je viens de l'indiquer, car on saurait trop répéter que l'aseptie est le point le plus important sur lequel repose la chirurgie du cerveau.

Traitement de la plaie. — Il est notoire que, pendant ces trente et quarante dernières années, la *trépanation* a été regardée comme excessivement mauvaise à cause de la mortalité élevée qui suivait son application. Cette mortalité tenait évidemment à la fréquence de la méningite septique qui suivait l'ouverture de la dure-mère, le danger de ce procédé fut complètement réalisé par Pott, et son école qui employait le trépan très volontiers. Par suite, il s'est formé graduellement une opposition contre l'intervention chirurgicale sur le cerveau. Sans les précautions antiseptiques, la prudence est louable; mais, grâce à l'enseignement de sir Joseph Lister, aucun de ceux qui sont imbus des merveilleux principes de la chirurgie scientifique découverts par son génie, n'hésitera à suivre les préceptes de la raison et du sens commun et procédera à l'opération.

Je n'entrerai pas ici dans l'examen critique des appréciations vagues que l'on voit dans nos journaux sur le traitement des plaies; car je ne veux pas perdre le temps de la réunion à discuter les premiers principes de chirurgie. Je vais maintenant, donner brièvement les résultats d'une assez grande expérience de la question, acquise pour avoir pratiqué un assez grand nombre d'opérations sur les singes, avec un seul insuccès, et appliqué la même méthode à l'homme, où elle fut toujours suivie de succès. Comme j'aurai à citer souvent les expériences faites sur les animaux inférieurs, je désire faire ici une brève appréciation. De l'opinion de ceux qui croient que le processus de réparation des tissus chez les animaux inférieurs diffère

beaucoup du même processus chez l'homme, et que, par suite, une déduction juste ne peut pas être tirée de l'un à l'autre. Quoiqu'admettant que les tissus des animaux inférieurs ne sont pas si souvent le siège de la dégénérescence graisseuse et des autres formes de dégénérescences, c'est la plus grande erreur possible de croire que les plaies guérissent par un processus différent de celui que nous avons vu chez l'homme.

En effet, pour obtenir la réunion par première intention chez les animaux, le cheval par exemple, il est nécessaire de prendre les précautions les plus grandes. Les vues stéréotypées sur ce sujet ont sans doute entravé les progrès de la chirurgie cérébrale jusqu'à ce que le Dr Ferrier et le professeur Yeo aient démontré entièrement, au meeting de l'Association à Cambridge, que les vues populaires sur les opérations sur le cerveau étaient fausses. L'expérience que j'ai acquise pendant les deux dernières années, comme Brown, professeur de pathologie à l'université de Londres, garantira mon opinion que l'idée généralement reçue sur ce sujet est sans fondement.

Pour revenir à notre sujet, à cause de ce fait que presque toutes les méthodes ont des inconvénients qui engagent la responsabilité du chirurgien, je crois que le mieux est d'employer la méthode listérienne la plus stricte comprenant la vapeur phéniquée, les lotions au vingtième, et, pour les premiers jours, en tous cas, les pansements à la gaze phéniquée. Quoiqu'il y ait quelquefois des idiosyncrasies contre l'acide phénique, qui amènent de temps en temps des inconvénients, il est plus sûr de l'employer, jusqu'à ce qu'on en découvre un meilleur, car c'est le plus puissant et le plus sûr des désinfectants. Je n'ai pas besoin de dire que l'usage de la ouate sublimée, la peau étant protégée par la gaze phéniquée, peut rendre de grands services; mais une bonne gaze phéniquée est assez élastique pour obtenir des meilleurs résultats.

Ligne de l'incision. — On a l'habitude d'enlever les parties molles du crâne par une incision cruciale. Je ferai remarquer que pratiquement cette méthode est désavantageuse, car pour maintenir relevés les quatre lambeaux distincts, il faut quatre mains qui sont toutes très gênantes. Si, au contraire, on enlève un lambeau circulaire, on peut simplement le rejeter en arrière sans autre aide. Un ou deux détails ne seront pas déplacés ici : 1° l'incision doit être faite verticalement sur l'os et toutes les parties superficielles au périoste relevées avec le lambeau; 2° l'incision doit être peu profonde, pour éviter de

couper les vaisseaux collatéraux; 3° elle doit être dessinée de façon à ne point diviser les gros troncs artériels qui fournissent le sang à cette portion du cuir chevelu. Ceci peut être facilement fait sans toucher au drainage des vingt-quatre premières heures, même si le lambeau tombe, puisque, le malade étant sur le dos, l'écoulement peut se faire librement par le bord postérieur. Le périoste doit être enlevé par une incision cruciale, dans un espace correspondant à la première couronne de trépan.

Trépanation de l'os. — Nos moyens actuels d'enlever l'os sont susceptibles de grands progrès, sans doute, mais le moyen le plus sûr et le plus rapide est d'appliquer deux couronnes de trépan aux extrémités opposées de la surface à enlever, et alors de couper à moitié les côtés d'une telle surface avec une scie de Hey, et de continuer la division avec une puissante pince. En supposant que la dure-mère a été séparée, par les ouvertures du trépan, aussi loin que possible de la surface inférieure de l'os à enlever, je ferai remarquer que l'ouverture du crâne, comme c'est habituellement le cas lorsqu'on fait une exploration, a commencé par l'enlèvement d'un large disque par le trépan. On trouvera, je pense, qu'un instrument de cinq centimètres de diamètre est le plus commode dans ce cas. Lorsqu'on peut conserver la dure-mère intacte, les portions de l'os enlevé doivent être conservées dans des éponges aseptiques chaudes et être replacées à la fin de l'opération entre la peau et la dure-mère, après avoir été divisée en petits fragments d'après la manière du Dr Macewen.

Traitement de la dure-mère. — On doit inciser la dure-mère sur les 4/5es de la circonférence de la surface exposée à 3 millimètres de distance du bord de l'os, pour l'empêcher ainsi de se piquer sur ce bord. La meilleure manière est d'ouvrir la dure-mère d'abord avec une incision au scalpel et ensuite avec des ciseaux à pointes mousses, en prenant bien soin de ne point blesser les méninges au-dessous. On met en sûreté les principales branches de la méningée moyenne, par une ligature passée au travers de la dure-mère, juste sur le bord de l'incision et nouée avant la division du vaisseau.

Traitement du cerveau. — Après la division de la dure-mère, le premier point pratique est de remarquer si le cerveau fait saillie ou non par l'ouverture du trépan. Quoique mon expé-

rience sur ce point ne soit fondée chez les hommes que sur cinq cas, dont trois étaient des cas de tumeur du cerveau, je suis porté à croire que le fait de la saillie très proéminente du cerveau dans la plaie indique une tension pathologique intra-crânienne, — pièce d'évidence qui est, si elle est vraie, de la plus haute importance, puisque, toutes choses égales d'ailleurs, elle indiquera l'existence d'une tumeur. Je n'ai jamais observé une telle saillie immédiate sur les animaux sains, et réciproquement elle n'a jamais fait défaut sur mes trois cas de tumeur. (Les deux cas dont je ne tiens pas compte ici, sont : 1° le cas des Drs Bennett et Godle, publié dans les *Medico-chirurgical Transactions*; 2° un cas de tumeur cérébrale que je viens d'opérer).

Si rien d'anormal ne se présente dans les membranes le second point à voir, dans un examen systématique du cerveau, est sa couleur. L'expérience seule donnera une familiarité suffisante de l'aspect du cerveau vivant et, par suite, permettra à tout le monde d'avoir un opinion certaine sur ce sujet. Comme je ne suis pas de ceux qui considèrent qu'il est légitime de tenter une expérience sur l'homme avant de l'avoir trouvée sans danger sur les animaux inférieurs, je regrette que la législation actuelle rende presqu'impossible aux chirurgiens d'acquérir cette expérience fondamentale importante. J'appuie fortement sur ce point, puisque l'existence d'une légère teinte jaunâtre, ou peut-être d'une teinte livide indiquerait, l'existence d'une tumeur sous l'écorce, dans la couronne rayonnante.

On doit ensuite examiner l'état des vaisseaux et des lymphatiques périvasculaires, et surtout faire attention aux taches blanc-jaunâtres sur leurs parois, qui indiquent une vieille lésion. Je doit dire ici qu'il est nécessaire d'avoir une exacte connaissance des artères et des veines du cerveau, parce qu'il est très utile de voir quelles sont les parties du cerveau privés de leur sang. On doit ensuite observer les altérations dans l'épaisseur du cerveau, mais il faut se rappeler que les tumeurs cérébrales situées sous l'écorce sont à peine visibles sans l'incision exploratrice.

L'examen du cerveau exposé étant complet, on doit ensuite considérer le mode d'enlèvement d'une partie du cerveau et de la tumeur. Peut-être la peur d'opérer sur le cerveau a été la crainte de l'hémorrhagie, ceci est aussi déraisonnable qu'il est indispensable de prendre des précautions contre les altéra-

tions septiques dans la blessure. Cependant cette considération nous arrêtera un peu, car on a coutume d'éviter ce danger imposé par l'usage du cautère actuel, méthode barbare qu'accompagnent naturellement des troubles inflammatoires secondaires, comme le prouvent les recherches expérimentales.

Un moment de réflexion nous montrera que, dans le cerveau comme dans les reins, les vaisseaux (et ce sont les artérioles à qui nous avons le plus affaire) sont dirigés perpendiculairement à la surface. Celui qui a l'habitude d'opérer sur les reins sait qu'une libre incision dans cet organe est suivie d'une hémorrhagie profuse et quelquefois alarmante, qui cesse d'une façon permanente si la blessure est tamponnée quelques minutes avec un morceau d'éponge.

Ayant ce fait en vue, il me semble que nous devons traiter le cerveau exactement de la même manière, et ainsi, en étant aussi conservateur que possible, on obtiendra en plus une surface d'incision nette, favorable à une rapide réunion. On notera, qu'en parlant de la chloroformisation du malade, j'ai montré qu'on pouvait éviter beaucoup de sang par l'emploi de la morphine. Peut-être qu'en considérant le caractère terminal des artères du cerveau, il est à peine nécessaire de dire qu'on devra laisser intact lorsque c'est possible, tout gros vaisseau ; mais on peut me permettre de faire remarquer qu'à cause de leur trajet dans la pie-mère, on peut les soulever de la surface du cerveau et surtout de leur sillon, pour permettre d'enlever la substance cérébrale sous-jacente, pendant que en même temps la paroi vasculaire est si peu endommagée que toute thrombose secondaire sera d'une nature provisoire.

De plus, en incisant le cerveau, les incisions dans l'écorce doivent avoir une direction exactement perpendiculaire à la surface et être dirigées sur la couronne rayonnante pour éviter d'endommager ainsi les fibres venant de l'écorce et circonscrire le siège de l'opération. Ceci se fait naturellement en se rappelant les trajets des fibres de l'écorce à la capsule interne. Il y a beaucoup d'autres points en rapport avec la physiologie et la pathologie du cerveau qui régleront l'opération ; ainsi, par exemple, de laisser, si c'est possible, les parties de chaque centre de façon que la représentation des mouvements des articulations ne soit pas entièrement détruite, car la destruction totale implique naturellement une paralysie permanente des mouvements du côté opposé.

Une portion normale ou anormale détachée du cerveau ne laisse pas, comme on pourrait le supposer, une brèche permanente à parois verticales, car, même dans un temps très court, le fond de la fosse, c'est-à-dire la couronne radiée, fait saillie presqu'au niveau de l'écorce environnante. De plus, les bords de l'incision sont légèrement élevés et si on enlève moins de cerveau que d'os, ils pénètrent dans l'ouverture du crâne; il y a normalement une tendance à la hernie du cerveau comme cela est bien montré sur les photographies du cerveau d'un singe opéré avec succès dans ces conditions.

Je n'ai pas du tout l'intention de discuter la cause de la hernie du cerveau, comme on la comprend d'habitude, puisque cet état n'arrive seulement que lorsque le lambeau ne s'est pas réuni par première intention, et le facteur nécessaire étant la décomposition de la plaie et la conservation de cette dernière dans une cavité suppurante. L'avantage d'un grand lambeau que l'on peut ensuite rabaisser comme le couvercle d'une boîte, paraît maintenant évident, puisque d'un seul morceau, il offre une entière résistance à la pression du cerveau; ce que ne peut faire la réunion des quatre lambeaux, de l'incision cruciale, qui favorise au contraire précisément la chose que l'on veut éviter. Sa principale résistance à la hernie de la substance cérébrale normale est faite autrement. (Voir Drainage, Pansements, plus bas.)

Fermeture de la plaie.—Après avoir arrêté tout suintement par des pressions avec des éponges fines, le lambeau doit être rabattu et attaché au moyen de sutures de soie à la distance d'un centimètre, et, entre elles, avec des crins de chevaux.

Avec la fermeture de la plaie, nous sommes amenés à considérer l'importante question du drainage. Je crois que maintenant je serai accusé de folie si je pose ce principe que, en général, les cavités formées par l'ablation de portion du cerveau ne doivent pas être drainées plus de 24 heures; cependant j'ai l'intention de faire une telle proposition. Voyons les conditions du problème. Nous désirons obtenir la réunion par première intention, c'est-à-dire une réunion solide en 4 ou 5 jours. Nous désirons aussi établir une pression sur le cerveau qui tend, comme nous l'avons vu, à sortir; et enfin nous désirons arranger les choses de telle façon qu'après la guérison de la plaie, le morceau de peau puisse être séparé du cerveau par un coussin de tissu connectif normal doux (c'est-à-dire

non inflammatoire). Toutes ces conditions sont obtenues en permettant un certain degré de tension de l'exsudation de la blessure dans la cavité. Durant les premières 24 heures, il y a un suintement continuel de sang et de fluide séreux des surfaces incisées. Ceci doit être enlevé, et je place un tube à drainage au point le plus déclive de l'incision (le malade étant couché dans son lit). On doit enlever ce tube le jour suivant et la plaie est pansée avec soin en maintenant une douce et constante pression au milieu du lambeau. Si l'exsudation qui se rassemble ensuite dans la cavité s'accumule à un point appréciable, le troisième jour le malade se plaindra d'un peu de douleur et de battements, dans la blessure qui mise à découvert, est proéminente dans le centre, la périphérie étant bien unie. Voici maintenant un point difficile du traitement : c'est de savoir si on doit laisser la pression continuer ou s'arrêter. En s'arrêtant à cette dernière mesure, on perdra les avantages de la pression; aussi ce point réclame une attention spéciale. Le point pratique sur lequel on s'appuie est très simple : c'est de voir si la réunion par première intention menace d'être empêchée par la pression ou non. Dans le premier cas, la pression peut être facilement diminuée en ouvrant doucement avec une sonde la trace du tube à drainage et en laissant ainsi s'écouler un peu de l'exsudation. La valeur de la tension pour réduire la tendance à la hernie n'est pas douteuse; mais on désire attirer l'attention sur ce fait que la pression élevée, jusqu'à l'absorption complète, a deux buts. D'abord, elle force l'absorption par les lymphatiques des méninges, comme pour les vaisseaux du péritoine après l'ovariotomie, en permettant une union rapide de toute la plaie cutanée, et en second lieu, elle agit comme un échafaudage pour la construction du tissu connectif normal. Ce dernier point est très net chez les animaux inférieurs, chez lesquels on trouve, en rouvrant la blessure au bout de quelques jours, la cavité toujours remplie d'un tissu connectif rosé, délicat, spongieux, dont les mailles contiennent l'exsudation mentionnée ci-dessus. C'est le tissu connectif qui formera une barrière élastique entre la peau et le cerveau.

Règle générale, il n'est jamais nécessaire de dégager la tension plus d'une fois. Au bout d'une semaine ou de cinq jours, la plaie peut être légèrement couverte avec de l'acide borique finement pulvérisé, de la ouate et du collodion; et

les points de suture peuvent être enlevés à n'importe quel moment après la première semaine. On trouvera toujours que le cuir chevelu tend à se déprimer à l'endroit de l'opération; mais, en suivant les précautions décrites, la dépression sera légère. On doit considérer comme un point d'une importance pratique de savoir s'il n'y a aucun inconvénient professionnel pour le malade d'avoir un trou dans le crâne. L'expérience a montré que cela avait peu d'importance.

Il ne serait pas inutile d'observer ici que, dans le cas d'une seconde opération, on trouverait le tissu cicatriciel plus vasculaire que les tissus normaux et que la dure-mère est légèrement adhérente à la surface du cerveau près des bords de l'incision. Enfin les vieilles cicatrices dans la substance de l'écorce cérébrale, à l'exception de celles qui ont guéri par suppuration et qui remplissent les cavités produites par la perte de substance, déplacent souvent les gros vaisseaux et donnent passage à de grosses veines.

La précédente communication ne prétend être qu'une brève esquisse des points principaux que j'ai trouvé pratique d'observer dans la chirurgie du cerveau, et je suis heureux d'avoir l'occasion d'exprimer ma reconnaissance à l'Association, qui, par ses grandes allocations scientifiques, a rendu possible l'exécution des expériences sur lesquelles est basée cette méthode.

Trois cas servent d'exemple à cette communication. Les trois cas que j'ai traités, suivant la méthode ci-dessus décrite, ont un intérêt général et fournissent quelques idées qui ont leur utilité pour les cas à venir. Peut-être je ferais mieux de faire les réflexions comme elles se présentent naturellement dans l'histoire clinique, cependant je récapitulerai à la fin les points qui méritent une attention spéciale. Je désire cependant exprimer mes remerciments au Dr Wilson, interne de l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques, pour les soins assidus donnés aux cas suivants :

Cas I. — Jacques B..., âgé de vingt-deux ans, fut admis à l'hôpital dans le service du Dr H. Jackson et du Dr Ferrier. Antécédents : à dix-sept ans, le malade fut renversé par un fiacre à Edimbourg. Il fut aussitôt admis à la *Royal Infirmary*, dans le service du professeur Annandale, qui a trouvé une fracture en éclats, avec enfoncement, avec perte de substance cérébrale, à l'endroit indiqué plus bas. Les fragments osseux furent enlevés, et la plaie finalement guérit, quoiqu'elle ait librement suppuré et

malgré la hernie du cerveau. Le malade a été hémiplégique, mais petit à petit (sept semaines) la paralysie disparut. Vers quinze ans, le malade a commencé à avoir des attaques, qui étaient très intermittentes. Il fut admis à l'hôpital en 1885, ayant à cette époque un nombre considérable d'attaques et se trouvant pendant quelques jours dans le *status epilepticus*. Après sa sortie de l'hôpital, il resta sept semaines sans attaque; à la fin de cette période, elle revinrent, et pendant trois jours avant sa rentrée, il se trouvait de nouveau dans le *status epilepticus*.

Etat actuel. — Sur le côté gauche du sommet de la tête (la place exacte déterminée par mensuration est le centre du tiers supérieur de la frontale ascendante, c'est-à-dire derrière la terminaison postérieure du sillon frontal supérieur) se trouvait une cicatrice carrée, au centre de laquelle on pouvait percevoir l'absence de l'os, qui formait une ouvertue ovale dans le crâne, dont le grand diamètre avait à peu près 25 millimètres et était parallèle à la suture sagittale. La pression sur la cicatrice était toujours douloureuse: la douleur augmentait lorsque le malade était dans le paroxysme de ses attaques. *Attaques :* ces attaques qui arrivaient par séries (à cette époque le malade en avait eu trois mille dans une quinzaine de jours) avaient toujours le même caractère; elles commençaient habituellement dans le membre inférieur droit; d'autres fois dans les deux membres droits simultanément. Voici un exemple de la première catégorie :

« Le membre inférieur droit était étendu toniquement, et puis il devenait le siége d'un spasme clonique. Le membre supérieur droit était alors lentement étendu à angle droit, fixé au corps, le poignet et les doigts fléchis; les doigts s'étendaient ensuite; et tout le membre était pris de spasmes cloniques de flexion et d'extension, le coude se fléchissant graduellement. Un moment, les spasmes dans le membre inférieur cessaient; mais ceux du membre supérieur continuaient avec vigueur; le spasme affectait graduellement l'angle droit de la bouche, s'étendait sur le côté droit de la face et faisait tourner la tête et les yeux vers la droite. »

En somme, les différentes parties étaient prises dans l'ordre suivant : le membre inférieur, le membre supérieur, la face et le cou; le caractère des mouvements était d'abord l'extension, ensuite une certaine confusion, et enfin la flexion : ce qui montre clairement que le point de départ était situé vers la terminaison postérieure du sillon frontal supérieur, point qui coïncide, comme nous l'avons vu plus haut, avec celui qu'on trouve par mensuration. Avant de décrire le traitement chirurgical, il faut noter que le malade était nettement hémiplégique, même dix jours après la dernière attaque, mais il pouvait accomplir tous les mouvements dans les membres droits, quoiqu'avec moitié moins de force que

du côté gauche; il n'y avait aucune altération de la sensibilité dans le côté droit, et les réflexes superficiels et profonds étaient exagérés dans les deux membres droits.

Opération (25 mai 1886). — Suivant la méthode décrite plus haut, l'os autour de l'ancienne ouverture fut librement enlevé; la dure-mère, l'arachnoïde et la peau formaient une masse homogène de tissu fibreux; la dure-mère fut relevée avec le lambeau. La cicatrice du cerveau était très vasculaire, de couleur rouge, d'à peu près 3 centimètres de long et 2 de large. La membrane qui ouvrait la partie avoisinante du cerveau était très opaque, et le cerveau était d'une couleur un peu plus jaunâtre que normalement. La cicatrice à peu près à un demi centimètre de la substance cérébrale avoisinante, fut excisée sur une profondeur de deux centimètres. On trouva alors que le tissu cicatriciel pénétrait plus profondément de quelques millimètres dans les fibres de la circonvolution marginale dans la couronne rayonnante. Cette portion fut également enlevée et la plaie fermée. En enlevant la masse cérébrale on a dû lier trois grosses veines venant du centre du membre supérieur, parce qu'elles traversaient directement la cicatrice. La plaie a complètement guéri en une semaine. La pression du sérum fut deux fois relâchée (une fois probablement sans nécessité). Après l'opération, le malade fut d'abord complètement paralysé des doigts du membre supérieur droit; de plus, il y avait une grande flexion du poignet, et l'avant-bras était en supination. Avec cette paralysie motrice, il y avait une perte de la sensibilité tactile du dos, de deux phalanges des doigts. Il ne pouvait localiser le toucher plus bas que le poignet; enfin il ne pouvait dire la position d'aucune jointure de ses doigts. Nous avons apparemment ici un exemple net de la perte de la sensibilité tactile et du sens musculaire, accompagnée de paralysie motrice, due à une lésion de l'écorce. On ne saurait trop comprendre que quelques fibres allant du gyrus fornicatus à la couronne radiée peuvent avoir été atteintes. Cette paralysie sensitive et motrice avait disparu graduellement à la fin des deux mois suivants. Jusqu'à présent, le malade n'a pas eu d'attaques.

Cas II. — Thomas W..., vingt-deux ans, fut admis à l'hôpital National dans le service du Dr Haghlings Jackson. Antécédents héréditaires; rien d'important à noter, à l'exception d'une tante paternelle morte phthisique.

Antécédents personnels. — Il a eu plusieurs attaques de pleurésies après quinze ans.

Etat actuel. — Il commença, en janvier 1884, à avoir des « crampes » dans le pouce et l'index gauche, qui consistaient en une opposition clonique de ces doigts, et qui se répétaient deux

fois par jour pendant trois mois. La première attaque grave eut lieu en mars 1884. Le spasme s'étendait au bras et le malade tombait. Il eut la seconde attaque en janvier 1885. Après survint une série de rémissions; en août 1885, une autre grave attaque commença une nouvelle série d'attaques qui arrivaient une ou trois fois par semaine jusqu'à son entrée le 4 décembre 1885. La nature de ces attaques était toujours la même. Elles commençaient par une opposition spasmodique clonique du pouce et de l'index gauche, ensuite le poignet, le coude et l'épaule se fléchissaient cloniquement, alors la face se contractait et le malade perdait connaissance. La main et les yeux étaient tournés à gauche et le membre inférieur gauche était élevé. Le membre inférieur droit était ensuite pris, et enfin le membre supérieur droit. La paralysie du membre supérieur gauche succédait souvent à l'attaque. A de fréquents intervalles tous les jours, le pouce du malade commençait à se contracturer, mais l'attaque pouvait souvent être arrêtée en étendant le pouce ou en appliquant une ligature. En février et en mars 1886, les contractures commençaient souvent par la face, mais en avril le pouce redevint le siège le plus fréquent du commencement de l'attaque.

Etat actuel (très abrégé). — Mouvement. La force de la main gauche était égale à 45; celle de la main droite à 85. Il pouvait exécuter tous les mouvements avec le membre supérieur gauche; ceux de la main étaient un peu affaiblis. Le pouce gauche était souvent dans un état de rigidité, alternant avec un spasme clonique (on pouvait amener cet état en manipulant le pouce).

Sensibilité. — Pas d'altérations, excepté la perte du sens musculaire dans le pouce gauche. Les réflexes profonds étaient exagérés dans le membre supérieur gauche. Le malade avait souvent des maux de tête intenses, commençant à l'occiput et s'étendant surtout dans la région pariétale droite. Les disques optiques examinés par M. Marcus Gunn étaient normaux quoique très roses (hyperémie physiologique).

Diagnostic. — Le Dr Beevor et moi nous avons montré que les mouvements d'opposition du pouce et des doigts peuvent être produits par une légère excitation des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen. Le Dr Hughlings Jackson a été témoin d'une de nos expériences démontrant ce fait et nous a dit qu'il croyait que ce malade souffrait d'une lésion irritative de nature inconnue, située dans la région indiquée ci-dessus. Une opération exploratrice fut décidée.

Opération (22 juin 1886). — Le siège de la lésion a été déterminé par mensuration, une large couronne de trépan fut appliquée, et en enlevant la dure-mère on vit une tumeur. On enleva

un peu plus d'os en avant et en dessous, pour complètement exposer la masse à laquelle la dure-mère était adhérente. Le bord de la tumeur s'élevait d'à peu près trois millimètres de la surface du cerveau, et la tumeur était beaucoup plus dure que la substance du cerveau. Elle paraissait large seulement de douze millimètres; mais, comme la substance cérébrale qui l'entourait paraissait sombre et livide sur plus de douze millimètres de largeur, j'ai enlevé librement tcutesles parties malades. (Comme le montre la photographie et le spécimen, cette manière de faire était très justifiée, puisque la tumeur s'étendait largement sous l'écorce). Avant de fermer la plaie, le centre de la région du pouce fut enlevé par une libre incision. Le Dr Jackson et moi nous avions décidé d'exécuter ce détail dans le cas possible où il n'y aurait pas de grosse altération pathologique évidente, pour empêcher, autant que possible, le retour de l'épilepsie. De nombreux vaisseaux furent ligaturés, surtout trois ou quatre sur le bord supérieur de la tumeur venant de la région de l'écorce pour les mouvements du membre supérieur. La plaie fut refermée comme ci-dessus. Les 5/6 guérirent par première intention en une semaine quoi qu'il y eût un œdème considérable du cuir chevelu, dû à l'irritation de la gaze phéniquée (œdème qui disparut rapidement en employant de la gaz à l'eucalyptus). L'autre sixième, à l'extrémité inférieure du lambeau, cède et guérit par bourgeonnement, après la réparation d'un petit morceau de peau sur le bord. L'état du malade après l'opération était très intéressant et très important. Le jour suivant, il y a eu une paralysie motrice partielle de la face du côté gauche, une paralysie complète du membre supérieur gauche depuis et y compris l'épaule. Le 27 juin, on remarqua une hémianesthésie gauche à un léger toucher (la sensibilité à la douleur était conservée), la localisation de la piqûre d'épingle était très défectueuse sur tout le côté gauche, intact à droite, et il y avait une perte complète du sens musculaire dans le membre supérieur gauche, au-dessous de l'épaule. Le second jour après l'opération, en faisant un effort pour remuer son membre supérieur gauche, le malade a mis tout d'un coup sa main à la blessure et a dit qu'il sentait un « bourdonnement ». Quand on remuait le membre supérieur gauche, il se plaignait que la douleur semblait frapper l'os du membre, le côté du cou, et s'étendre de la main à la blessure. Les réflexes profonds étaient très exagérés du côté gauche dans les deux membres. Cet état s'améliora et, à l'époque de la réunion, tout était dans l'ordre, excepté que l'étreinte de la main était moins forte qu'auparavant et que les mouvements des doigts étaient un peu gênés. De plus, les réflexes profonds étaient encore exagérés. De plus, en juillet, le malade a eu quelques légères contractions dans trois doigts droits, aucune dans le pouce ni l'index ; aucune attaque depuis

l'opération. Sa tumeur était composée d'un tissu fibreux dense, avec deux foyers caséeux, reconnus tuberculeux à l'examen microscopique.

CAS III. — George-W. J..., vingt-quatre ans, fut admis à l'hôpital National dans le service du Dr Buzzard. Antécédents héréditaires : Rien d'important à noter. Antécédents personnels : Aucun, excepté une otite moyenne. Histoire de la maladie actuelle. — A cinq ans, la flèche d'une voiture lui tomba sur la tête, lui fit une légère blessure et une légère fracture. A treize ans, le malade reçut un coup de pied de cheval au même endroit. Trois mois après, les attaques commençaient. Les attaques arrivaient par séries de trois ou quatre toutes les trois semaines.

Etat actuel. — Le malade est grand, fort; il porte de nombreuses cicatrices sur la tête, dues à des chutes, etc., quand les attaques arrivèrent (il avait aussi la plupart de ses dents enlevées par des coups de pieds de chevaux quand il tombait auprès d'eux, étant garçon d'écurie). Il y avait une cicatrice et la légère dépression d'une fracture à l'angle supérieur et antérieur du pariétal gauche, près de la ligne médiane. La cicatrice et le cuir chevelu environnant étaient très sensibles à la pression. Le malade avait à ce point souvent de très violents maux de tête, qui augmentaient (et aussi la sensibilité) à l'approche des attaques. Il y avait aussi une hémianesthésie droite presque complète au toucher et à la piqûre. Quoique ceci ait son importance, je puis ne pas m'y arrêter en disant que le Dr Buzzard ordonna l'application d'un fort courant faradique qui fit complètement disparaître l'hémianesthésie, mais laisse intactes les attaques.

Caractères de l'attaque. — L'aura était abdominale. Le malade ressentait le besoin de défécation, accompagné quelquefois d'une douleur vive dans le côté gauche de l'abdomen. Suivait un resserrement de la gorge et quelquefois une toux spasmodique. La tête et souvent les yeux étaient tournés vers la droite; le bras droit était étendu par secousses, et le malade perdait connaissance. Tous les membres étaient pris dans la flexion généralement; les membres inférieurs, cependant, sont quelquefois fléchis. Après l'attaque, le malade disait que son bras droit était faible pour quelque temps.

Diagnostic. — Dans une communication (*Proceedings of the Royal Society*, n° 234, 1884), le professeur Schäfer et moi nous avons montré que le centre des muscles du tronc était situé dans la circonvolution marginale sur la surface moyenne de l'hémisphère et que celui des muscles de l'abdomen est juste à l'extrémité postérieure du sillon frontal supérieur. Le professeur Ferrier a mon-

tré que le centre des mouvements de la tête et du cou est au-dessous de ce sillon et que celui de l'extension du bras était à peu près à son extrémité postérieure. Ce dernier point a été confirmé par le Dr Beevor et moi. Ces considérations amenèrent le Dr Buzzard à diagnostiquer une lésion située dans le tiers postérieur de la circonvolution frontale supérieure, c'est-à-dire juste au-dessous de la légère dépression du crâne. Faisant le même diagnostic, il pratiquait l'opération exploratrice suivante :

Opération (13 juillet 1886). — Un lambeau est relevé, et l'os est trépané près de la dépression gauche ; on trouve que la table interne a été brisée en éclats qui forment une couronne dure autour de l'orifice interne de la fistule du crâne, laquelle fistule était remplie par du tissu cicatriciel. De plus, la dure-mère avait été déchirée par la fracture primitive, et un petit morceau d'os avait été projeté dans une cavité du cerveau. Les fragments osseux furent enlevés, la dure-mère incisée, on trouva que cette cavité était cunéiforme et avait de un à cinq centimètres de profondeur, sur un centimètre de large, et était remplie de tissu connectif lâche. Elle était exactement située à l'endroit diagnostiqué. La cavité fut enlevée au moyen d'une incision circulaire faite à la distance de cinq millimètres.

La plaie fut complètement guérie en trois jours. Une semaine après l'opération, le malade se plaignait de faiblesse dans tout le membre inférieur droit. Tous les mouvements étaient atteints, surtout ceux de la main. Cette parésie est intéressante comme étant sans aucun doute un exemple de paralysie hystérique chez un homme, et son rapport avec l'anesthésie fonctionnelle avant l'opération est évident. L'intervalle de cinq ou six jours, écoulé avant son apparition, coïncide avec le temps indiqué récemment par le professeur Charcot. Cette parésie, à la date de la réunion, a complètement disparu.

Le manque de temps m'oblige à formuler sans plus amples détails certaines déductions qui s'écoulent, je pense, des détails ci-dessus :

1° Chez l'homme, une paralysie temporaire motrice corticale et peut-être la perte du sens musculaire survient après la ligature des vaisseaux qui fournissent le centre moteur des mouvements perdus ;

2° Chez l'homme, une paralysie temporaire de la sensibilité et de la moibilité du type hystérique ou fonctionnel survient après des opérations pratiquées sur les centres moteurs ;

3° L'arrêt des attaques épileptiformes commençantes, par

une ligature ou par l'extension de la partie contracturée ou rigide, fait supposer que probablement le sens musculaire est représenté dans le centre excito-moteur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 juillet 1886. — Présidence de M. Semelaigne.

Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite). — M. Falret. On ne peut nier que l'hérédité imprime un cachet spécial à une catégorie très nombreuse d'aliénés, mais il ne faudrait pas cependant les faire entrer tous dans la famille des héréditaires, car alors on serait fort embarrassé dans la classification de la folie. Je sais bien que M. Magnan admet plusieurs catégories dans son groupe; aussi nos opinions ne diffèrent-elles que sur la limite extrême à donner à ce groupe et sur le nombre de ses subdivisions. Je ne place pas la limite aussi loin que lui et j'augmente les chapitres, ce qui me permet une étude plus facile des types.

La plupart des aliénés héréditaires n'ont pas d'hallucinations; ils se font surtout remarquer par des excentricités. La folie des actes, la périodicité et la remittence des accès leur appartiennent en propre; c'est incontestable et je ne crois pas plus que M. Magnan aux monomanies. Je sais qu'on a fait des distinctions à perte de vue, basées sur l'objet du délire, mais ce n'est pas une raison pour ne pas attribuer une place à part à la folie avec conscience, la folie émotive, la folie du doute, le délire du toucher, etc., toujours si semblables à eux-mêmes. Ces formes ne sauraient se fusionner avec le groupe des héréditaires sans former une variété. Qu'on vienne nous dire qu'un malade prend son mouchoir pour toucher un bouton de porte, cela suffit pour qu'avec cette simple indication nous connaissions tous les caractères de son état intellectuel. Nous pourrons ajouter qu'il a de la répétition mentale, qu'il compte à l'infini, et qu'il lui faut un souffre-douleur pour écouter ses plaintes et ses histoires. N'est-ce pas la preuve qu'il y

a là une variété clinique bonne à conserver sans nier qu'elle ait des caractères communs à toutes les autres formes héréditaires?

M. Magnan a eu raison de créer une grande famille pour tous ces malades. C'est un très grand progrès de les avoir groupés, mais il n'a pas suffisamment distingué d'espèces et de variétés, comme on le fait en histoire naturelle. Cette méthode appliquée à l'hérédité aurait au moins l'avantage d'en faciliter beaucoup l'étude. En résumé, il résulte de cette longue discussion que nous sommes divisés en deux groupes : l'un comprend ceux qui, à l'exemple d'Esquirol, n'admettent l'hérédité que comme cause déterminante de la folie; l'autre qui comprend ceux accordant à tous les héréditaires des caractères communs. Je me range à cette dernière opinion, et j'ajouterai qu'il faut augmenter les divisions.

M. Magnan. — Je me suis surtout efforcé de démontrer que l'hérédité imprimait aux aliénés des caractères généraux toujours les mêmes, mais je n'ai jamais pensé qu'il fallût négliger l'étude des variétés et sous-variétés du groupe. Je me suis aussi élevé contre les tendances d'une certaine école à vouloir faire une entité morbide d'un simple symptôme épisodique. Lorsque la question du délire chronique reviendra en discussion, je me réserve de faire des efforts pour en retirer tout un groupe de dégénérés, celui des persécutés persécuteurs.

M. Falret demande que cette discussion soit mise prochainement à l'ordre du jour.

Marcel Briand.

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

SESSION DE STRASBOURG 1885[1]

Séances des 18-23 septembre.

I. Section de psychiatrie et neurologie

M. de Gudden (de Munich). *Des nerfs optiques, des bandelettes optiques, des rapports de leurs faisceaux entrecroisés ou non et de leurs fibres optiques et pupillaires avec les centres de ces organes.*—

[1] Voy. *Arch de Neurologie,* t. XI, p. 96.

Pour isoler le faisceau non entrecroisé on fait pénétrer à travers la suture sagittale d'un animal nouveau-né un petit couteau fin et l'on va sur la base du crâne sectionner le chiasma. Nombreuses préparations et planches sont présentées au Congrès. La situation des faisceaux entrecroisés ou non est dans la bandelette optique la même chez le chat que chez l'homme. (Voy. *Arch. f. Ophthalmolog.*, XXV, 4) [1]. L'entrecroisement s'exécute chez cet animal sur toute l'épaisseur de la coupe transverse du nerf optique émergeant du chiasma, ces faisceaux se séparent peu à peu dans le trajet du nerf en question pour se rendre à leurs moitiés rétiniennes respectives. Le rapport de masse de chacune des deux espèces de faisceaux est sur une coupe transverse, comme 5 (faisceau non entrecroisé) est à 3 (faisceau entrecroisé). L'oie ne possède pas de faisceau croisé. A Eisenach [2], de Gudden a prouvé l'existence dans le nerf optique de deux systèmes de fibres; l'un sert à la vision, l'autre commande aux mouvements de la pupille, par voie réflexe; peut-être y a-t-il un troisième système ayant un troisième centre. En tout cas, jusqu'ici l'on n'a trouvé que deux centres, un dans le corps genouillé externe, l'autre dans le tubercule quadrijumeau supérieur. Le nerf optique contient des fibres de deux calibres différents : le chat se prête surtout à cette distinction; l'homme et le lapin s'y prêtent moins bien. Cependant chez le lapin privé du tubercule quadrijumeau supérieur d'un côté, et par suite aveuglé du côté opposé (intégrité de la pupille), on constate, à l'examen microscopique des nerfs convenablement préparés un nombre prodigieux de fibres épaisses. Chez le chat les fibres épaisses présentent le même rapport de volume en ce qui concerne les faisceaux croisés ou non que les fibres minces.

M. Grashey (de Würzbourg). *De l'importance du liquide cérébro-spinal pour la circulation du sang dans le crâne.* — L'an dernier, cet auteur montrait que [3]:

Si l'on fait passer un tuyau élastique dans un tube fermé à parois rigides et rempli d'eau, tout accroissement de pression imprimé à un courant de liquide que l'on dirige continuellement dans ce tuyau (*image du sang et de sa pression*) entraîne des vibrations toutes particulières du tissu de ce tuyau élastique, vibrations qui, en se limitant à l'extrémité périphérique de celui-ci, arrêtent le courant circulatoire. Cet arrêt de la circulation au moment où l'on élève la pression (*sanguine*) ne se produit que lorsque le tube enveloppant extérieur possède des parois rigides (*image de la boîte crânienne*) et se trouve fermé de toutes parts; si l'on provoque l'écoulement de l'eau qu'il contient (*image du liquide cérébro-spinal*), la circulation reprend dans le tuyau élastique.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*. t. XI, p. 96.

[2] *Id.*, t. VI. p. 135.

[3] *Id.*, t. XI p. 103.

Or, on peut également faire naître les vibrations dans le tuyau élastique et l'arrêt de la circulation. si le tube extérieur enveloppant (boîte crânienne) n'est pas fermé de toutes parts, mais alors la pression atteint dans ce tube (*pression intra-crânienne*) une valeur positive, déterminée. Les effets restent les mêmes quelle que soit la façon dont on s'y prend pour modifier la pression à l'intérieur du tube (*intra-crânienne*) que l'on augmente la quantité de liquide à l'intérieur du tube (liquide cérébro-spinal); qu'on s'oppose à l'écoulement de ce liquide, qu'on exagère l'effort exercé sur le tuyau élastique (*vaisseau sanguin*) qui se dilate (*exagération de la pression vasculaire*), ou enfin qu'on fasse intervenir les trois facteurs, peu importe. Si l'on adapte au tube extérieur des manomètres très étroits afin d'imiter le mode d'écoulement du liquide céphalo-rachidien, on voit se produire la pression voulue pour que l'arrêt de la circulation du tuyau s'effectue, pourvu que la dimension de celui-ci soit relativement faible. Il peut donc survenir des vibrations vasculaires arrêtant la circulation d'un vaisseau élastique qui, de même que les vaisseaux sanguins, est entouré d'un liquide mobile, dont l'écoulement varie sous une pression positive. Ce liquide cérébro-spinal s'évacue de la cavité crânienne ou y arrive en quantités différentes selon les individus; que son évacuation subisse un ralentissement, sous l'influence, par exemple des modifications de la pression du sang ou du diamètre des vaisseaux extensibles, voilà qu'il se peut produire un arrêt de la circulation et conséquemment un trouble de la nutrition. De là à interpréter les lésions encéphaliques, il n'y a qu'un pas. On peut se figurer que la prédisposition héréditaire aux psychoses repose en partie sur l'insuffisance des voies d'écoulement du liquide cérébro-spinal.

Discussion : MM. Krœpelin, Mendel, Jolly. Ces expériences sont propres à éclairer la genèse des troubles psychiques consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde, car cette opération équivaut à la suppression de canaux de dérivation sanguine et lymphatique.

M. Binswanger (de Iéna). *De l'histologie pathologique de l'écorce cérébrale dans la démence paralytique.* — Préparations microscopiques de paralytiques généraux morts à la période terminale et de malades ayant complètement perdu la parole. Chez tous ces individus, les grandes cellules nerveuses de la troisième couche de l'écorce, dans les parties comprises entre le rameau ascendant de la scissure de Sylvius et la grande branche, présentent les altérations suivantes : à un premier degré, tuméfaction trouble et boursouflement du noyau, dont le contenu finement granuleux disparaît, finalement noyau homogène, brillant, clair, subissant difficilement l'action des substances colorantes, altérations

graduelles du nucléole de la même façon, désagrégation de ces organes; le corps de la cellule est tantôt recoquillé, atrophié et tous ses prolongements disparaissant, il devient un corps informe grumeleux, qui se colore fortement au carmin, ou bien se crevasse en certains points de façon à apparaître comme déchiré, troué, dissocié. Presque toujours en outre, ces éléments sont exagérément pigmentés, plus qu'à l'état normal. Le cerveau de paralytiques généraux consécutivement à la syphilis décèle des altération, des gaines lymphatiques des vaisseaux de l'écorce : épaississements, duplicatures, dénudations de certains de leurs segments, prolifération des endothéliums lymphatiques dans les espaces clos, accumulation de corpuscules lymphoïdes dans les mêmes espaces.

M. PFLUEGER (de Berne). *Des incitations et coincitations de divers districts homonymes du champ visuel.* — Communication des recherches de M. Schiele sur le rétrécissement du champ visuel sous l'influence de la fatigue chez les névropathes. On déterminait la fatigue par des mensurations périmétriques répétées du champ visuel. La fatigue d'une moitié, d'un quart, d'un secteur, d'une rétine entraîne concurremment un rétrécissement de forme analogue du champ visuel de la moitié, du quart, du secteur homonyme de la rétine du côté opposé, mais jamais elle n'entraîne le rétrécissement du champ visuel de la seconde moitié de l'œil primitivement fatigué, jamais elle n'empiète sur les parties limitrophes de la même moitié du champ visuel. Par conséquent, la provocation ou l'abolition dans l'espèce d'une activité fonctionnelle emprunte l'intermédiaire de la sphère visuelle du lobe occipital ne s'effectue pas directement et dans la rétine; autrement dit si l'on incite un méridien déterminé de la rétine on agit sur les organes terminaux de l'écorce correspondants et cette incitation retentit en même temps sur les organes terminaux de l'écorce qui commandent au méridien homonyme de l'autre rétine. Cependant il peut arriver que la fatigue des deux moitiés d'un œil n'engendre le rétrécissement du champ visuel que sur la moitié du second œil. Parfois aussi des examens périmétriques réitérés amplifient au lieu de rétrécir, totalement ou dans une moitié, le champ visuel. Le rétrécissement du champ visuel par examen périmétrique atteint le plus ordinairement 2° à 2°,5 parfois même 10° et change chez le même patient parallèlement à l'état de santé subjectif dans lequel il dit se sentir. Par conséquent, les dimensions du rétrécissement et leurs modifications permettent de déduire un jugement sur l'état général actuel de l'écorce; en comparant les résultats de l'examen objectif et les indications données par le patient on peut obtenir un aperçu sur le mélange de l'état neurasthénique ou hystérique avec les allégations mensongères (simulation). Le

mode d'action des examens périmétriques variera parfois chez le même malade (rétrécissement partiel ou général, amplification partielle ou générale, passagers ou permanents, du champ visuel) cette allure fournira des éléments permettant de conclure à l'incitation ou non du reste de l'écorce. D'où la nécessité de combattre l'hypothèse de Wernicke et Munk d'après laquelle chaque lobe occipital se décomposerait en deux territoires séparés, destinés chacun à une moitié homomyne de la rétine. La sphère visuelle se compose au contraire de tout petits champs fasciculés mélangés entre eux; chaque moitié homonyme des deux rétines comprend des points identiques communiquant entre eux dans le cerveau à l'aide de deux organes centraux juxtaposés.

M. Stein (de Francfort). *L'emploi de courants galvaniques faibles en électrothérapie.* — S'il est important de se servir de galvanomètres fidèles et de tenir compte de la densité des effluves électriques dans ses rapports avec leur transmission dans le corps de l'homme, il est encore bien plus utile de préciser cette densité. C'est ainsi que dans le *Guide d'Electrothérapie* de Mueller, on trouve que la valeur de $\frac{1}{18}$ correspond à une surface de rhéophore de 18 centimètres carrés, chargées de transmettre une unité électrique d'un milliampère. Mais cette fraction est purement arbitraire. Il est généralement reconnu qu'on obtient les résultats les plus favorables avec des courants galvaniques faibles et une densité peu accentuée. La plus grande somme d'effets thérapeutiques s'obtient avec un simple courant de 8 milliampères, en graduant la densité d'après la sensibilité de l'épiderme. Un faible courant devra correspondre à une force électrotonique de 1/2 à 2 milliampères ; un courant moyen de 3 à 4 milliampères suffit à la plupart des cas. On se servira de surfaces rhéophoriques, mesurées au moyen du système décimal, ainsi que d'un type de pile ayant peu d'effet chimique. M. Stein a dans ce but inventé une batterie dont chaque élément se compose d'un cylindre en bioxyde de manganèse et d'une barre de zinc; on y verse un mélange à demi-solide de gélatine, glycérine, acide salicylique et ammoniaque. On a de cette façon une pile à faible action chimique, d'un petit volume, sans acides et constante.

Discussion. — M. Jolly. On ne saurait doser avec cette exactitude un courant continu, car les nerfs sur lesquels il faut agir sont à des profondeurs très variables selon les individus.

M. Stein (de Francfort). *Des progrès de la technique à propos de l'application des bains électriques.* Les bains électriques sont principalement indiqués quand il y a lieu d'agir sur l'ensemble de l'économie par un autre moyen qu'en pratiquant l'électrisation générale. En effet, le bain galvanique, calme, tout en sollicitant l'organisme entier, car l'individu plongé dans l'eau éprouve des

contractions, convulsives à l'ouverture et à la fermeture du circuit et le galvanomètre marque par ses oscillations de l'aiguille le lieu hanté par les effluves électriques. On peut se servir de baignoires en métal bien vernies ou émaillées, pourvu que les rhéophores soient suffisamment isolés de la paroi. Comme rhéophores dorsaux, on emploiera des lames métalliques, entourées de tuyaux de caoutchouc insufflés d'air qui permettent en même aux malades de s'appuyer confortablement ; pour assurer la dissémination uniforme du courant sur le corps entier, on reliera un pôle à l'électrode dorsale, un autre aux lames podaliques et latérales, ainsi qu'à une plaque située perpendiculairement entre les pieds, au milieu de la baignoire.

Discussion. — M. Jolly fait une remarque à laquelle M. Stein réplique que la dernière plaque n'est employée que pour le bain faradique.

M. Grashey. Les avantages du bain faradique s'étendent-ils chez les neurasthéniques, aux troubles du sommeil. — *Réponse.* L'amélioration maintes fois observée est tantôt rapide, tantôt graduelle.

M. Binswanger. Chez les neurasthéniques apathiques, le bain faradique sollicite la vitalité. Sous son influence, les malades se promènent, se sentent meilleur appétit, sont de meilleure humeur, du moins pendant quelques heures. Chez les mélancoliques hypochondriaques, ne présentant pas d'excitation nerveuse spéciale, on voit également l'humeur s'améliorer ; les malades prennent confiance dans la méthode de traitement. Les bains électriques ne lui ont, pas plus que l'électrothérapie en général, donné de résultats favorables au point de vue du sommeil.

M. Freusberg (de Sarreguemines). *Des symptômes du côté du système locomoteur dans les psychoses simples*[1]. Observations de malades. Dans la folie simple, il peut se produire un stade initial aigu constitué des accès paroxystiques de rigidité, ou des mouvements convulsiformes qui ne prouvent nullement que la psychose se complique d'épilepsie, d'hystérie, d'alcoolisme. Mais les formes de transition de ce genre exigent l'exacte connaissance des tableaux morbides qui constituent des types ; le clinicien qui veut affirmer son diagnostic et distinguer entre les modalités psychopathiques, doit observer avec la plus grande rigueur s'il veut se mettre en garde contre l'extension qu'ont prise les troubles psychiques qualifiés d'épileptoïdes.

M. Krœpelin (de Dresde). *Du désordre confus dans les idées.* — Les caractères sont principalement : l'incapacité, pour le malade, de s'orienter dans son milieu, l'incohérence dans l'échappement

[1] Voy. *Archives de Neurologie.* t. XII, p. 83.

des rouages qui président aux conceptions représentatives. Mais ces deux éléments, tout dépendants qu'ils soient l'un de l'autre au point de vue psychologique, dominent cliniquement l'un ou l'autre, de sorte que l'on peut distinguer un désordre de l'idéogénèse sensoriel et un désordre intellectuel. Le premier repose sur l'altération du processus de la perception ; il émane directement d'hallucinations sensorielles ; à cette catégorie appartient une modalité qui mériterait peut-être bien le nom d'illusionatoire, car elle a pour particularité l'impossibilité où se trouve le patient d'obtenir une représentation claire, quelconque, de la situation présente, quoiqu'il en saisisse exactement les données fondamentales et qu'il fasse la plus grande attention au monde extérieur ; on y trouve presque constamment des hallucinations de l'ouïe, plus rarement des hallucinations de la vue, mais sans qu'elles prédominent. Un désordre dans les idées intermédiaires est constitué par cet état de somniation délirante que l'on remarque pendant l'obnubilation psychique de l'épilepsie grave et des paralytiques généraux, dans le délire fébrile. Le désordre dans les idées intellectuel a pour symptômes : une succession pressée d'idées passagères dans laquelle, à la place de l'évolution normale d'une conception représentative, on remarque une série d'associations, d'idées enchevêtrées et, partant, confuses ; ou bien on assiste à des combinaisons dues à ce que toute perception éveille irrésistiblement les suppositions, et les idées délirantes les plus embrouillées, les plus fantaisistes, et des répliques contradictoires involontaires qui suscitent à leur tour l'éclosion de nouvelles élucubrations, la découverte de rapports mystiques imprévus, faits pour désorienter au plus haut point le discernement ; exemples : maint cas de folie systématique primitive dans lesquels le système du délire se développe au beau milieu de manifestations impétueuses. Puis, le fil des conceptions s'use, elles n'évoluent plus avec leur netteté première, la trame en est modifiée par les sensations intimes et les émotions ; ainsi se produit le désordre émotif dans les idées, forme bien proche parente du désordre délirant.

Mais, à côté de ces perturbations, de ces syndrômes, plutôt épisodiques, il existe un désordre dans les idées avec incohérence, tout secondaire, dans lequel le mécanisme des facultés intellectuelles ne subit aucun arrêt, ou, si la marche en est pervertie, n'est pas anéanti. Le genre en est tout différent. On y pourrait encore distinguer, selon le degré de la déchéance, un désordre « raisonnant », un désordre généralisé (Griesinger), et finalement un désordre stéréotypé.

Le désordre dans les idées est, du reste, un trouble de l'intelligence qui se traduit par les actes, les paroles, les écrits. Ces trois ordres de pièces sont nécessaires pour permettre de juger de l'existence du symptôme, car il est des fous systématiques qui sont

incohérents dans leurs actes, non parce qu'ils ont du désordre dans les idées, mais parce que la nature de leur délire leur donne cette apparence. Des individus dont l'intelligence est normale agissent parfois aussi comme s'ils avaient du désordre dans les idées, parce que leur volonté ne se transmet plus physiologiquement sur les conducteurs moteurs (paraphasie, paragraphie).

Discussion : M. Grashey. Le complexus symptomatique en question, qui résulte, en effet, de troubles de la perception (altérations des impressions et des impressions sensorielles), n'est pas un élément morbide.

M. Krœpelin. Evidemment, il résulte d'une somme de troubles élémentaires.

M. Rumpf (de Bonn). *Du traitement du tabes dorsal.* —L'auteur a obtenu de très bons résultats du pinceau faradique combiné au traitement antisyphilitique, dans les cas de tabes où il y avait eu syphilis antérieure. Sur vingt-quatre malades, quatre guérirent, tous les autres s'améliorèrent, parfois à un degré considérable. Le pinceau faradique déterminerait les effets suivants :

1° Il apaise les douleurs } Ces deux particularités s'observent chez
2° Il relève la sensibilité } l'homme normal.
3° Il exerce une action réflexe, en dilatant la pupille, venant à bout du myosis et de la fixité, de l'immobilité de l'écran pupillaire.
4° Il se pourrait qu'il modifiât la circulation des organes centraux, qu'il transformât le centre régulateur de la chaleur, car on voit les extrémités, froides avant son emploi, récupérer, sous l'influence du traitement, leur chaleur normale et la conserver.

Discussion : M. Jolly a vu, à côté des améliorations, se produire plusieurs insuccès.

M. Jehn. Dans un cas de tabes survenu au cours d'une psychose simple, le résultat a été excellent, mais on dut appliquer simultanément de faibles courants continus sur la moelle. Quand l'affection médullaire eut rétrocédé, les accidents psychopathiques qui avaient momentanément rétrogadé, reparurent.

M. Nissl (de Munich). *Des méthodes d'examen de l'écorce du cerveau*[1]. — La dissociation convient pour la recherche des anomalies pigmentaires, dégénérescences graisseuses, etc., mieux que la méthode des coupes. En revanche, les coupes seules permettent de découvrir d'autres anomalies, surtout les lésions fines. Parmi les liquides de durcissement, c'est l'alcool qui met un évidence les plus beaux aperçus de cellules nerveuses, mais il détruit les fibres. La solution de bichromate de potasse conserve les fibres, mais détruit plus ou moins les cel-

[1] V. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 270.

lules. Pour observer les fibres à myéline, il n'y a rien de mieux que la coloration à l'hématoxyline de Weigert, d'après son nouveau procédé. L'examen des cellules nerveuses, des noyaux du tissu conjonctif, des parois vasculaires exige l'emploi des couleurs d'aniline; on pratiquera l'autopsie trente heures au plus et, en été, vingt-quatre heures après la mort; on plongera le petit morceau d'écorce, dont on déterminera avec soin le lieu de provenance, dans de l'alcool à 93°, tandis que, pour commencer le durcissement du cerveau entier, on se servira d'alcool faible. On pratiquera l'inclusion dans la gomme, et on exécutera les coupes à l'aide d'une lame imbibée d'alcool. On les jettera successivement dans l'alcool à 95°, dans l'eau distillée, dans une solution aqueuse d'aniline que l'on chauffe jusqu'à ce qu'il s'échappe de légères vapeurs; après avoir procédé à un refroidissement lent, on aura de nouveau recours à de l'alcool à 95°, on éclaircira à l'essence de girofle jusqu'à ce qu'on n'obtienne plus de gros nuages (élimination de l'excès de couleur), enfin on chassera l'essence par la benzine, et l'on montera dans le baume du Canada. C'est le rouge de Magenta qui donne les meilleurs effets. Quand il s'agit d'étudier les altérations pathologiques, il faut constamment comparer avec les mêmes régions d'une écorce saine.

M. Erb (d'Heidelberg) montre des préparations de *muscles* empruntées à un cas de *maladie de Thomsen*[1]. On y rencontre l'hypertrophie des fibres, la multiplication de leurs noyaux. Il en est de même pour les mêmes organes d'un homme, mort des suites d'une opération chirurgicale, qui, d'après l'interrogatoire de sa veuve aurait, certainement eu pendant sa vie une maladie de Thomsen modérée. Voici maintenant des préparations de trois *muscles* d'un garçon ayant été atteint d'une *pseudohypertrophie musculaire infantile* (dystrophie musculaire progressive de Erb); on trouve dans le gastrocnémien nombre de fibres hypertrophiées, atrophie de certaines autres (quelques-unes semblant fendues dans leur longueur), de l'hypergénèse des noyaux du tissu conjonctif, multiplication des noyaux des fibres musculaires; le sous-épineux présente surtout de l'atrophie des fibres accompagnée d'hypergenèse du tissu conjonctif sans aucune accumulation de cellules de graise; le grand dorsal ne contient presque plus de fibres, il comprend des masses de tissu conjonctif et de cellules de graisse; le processus commence donc non par la prolifération du tissu graisseux, mais par une hypertrophie musculaire véritable, accompagnée d'atrophie de nombreuses fibres et d'hyperplasie simultanée du tissu conjonctif.

M. Schultze (d'Heidelberg) apporte des *préparations* emprun-

[1] V. *Archives de Neurologie*. Revues analytiques.

tées à un cas d'*atrophie musculaire généralisée* ; il pense que dans l'affection désignée sous le nom de pseudohypertrophie on n'a jusqu'ici pu constater que l'hypertrophie d'une fibre musculaire en ait toujours précédé l'atrophie. Il montre encore des préparations dues à Weigert et préparées d'après sa méthode ou d'après celle d'Adamkiewiez : la théorie des *zones chromoleptiques* serait fausse. Enfin il discute un cas de *porencéphalie*.

Par l'intermédiaire de M. Freusberg, M. Hack Tuke (de Londres) demande aux neurologistes allemands de lui prêter leur appui dans son étude sur le *somnambulisme provoqué*, et de vouloir bien lui communiquer des cas bien observés.

II. Section de physiologie.

M. Herzen (de Lausanne). *De la décomposition du sens de la température en deux éléments différents.* — Un bras profondément engourdi a perdu non seulement le sens du tact, mais aussi la faculté de percevoir le froid, tandis qu'il distingue encore nettement la chaleur et les impressions douloureuses. Cette découverte de M. Herzen est complétée par cette autre. La compression permanente mais modérée d'une jambe, en déterminant dans les régions innervées par le sciatique de l'anesthésie tactile, enlève aussi la faculté de percevoir le froid ; ce n'est que bien plus tard, que la chaleur et la douleur, sont plus senties. Si dans ces conditions on touche une main et un pied soit avec un objet froid (0°), soit avec un objet modérément chaud (40 à 45°), et si l'on s'étudie à prendre sur le fait non la sensation occasionnée par le contact, mais le moment où le sujet réagit à la sensation réelle du chaud ou du froid, on constate que le temps exigé pour cette réaction est toujours beaucoup plus long quand il s'agit de la chaleur, que lorsqu'il s'agit du froid. Une femme qui était affectée d'anesthésie tactile et d'insensibilité à l'égard du froid, tandis qu'elle sentait les impressions douloureuses et distinguait parfaitement divers degrés de chaleur entre 27° et 60° présentait à l'autopsie une myélite transverse des cordons postérieurs et de la moitié dorsale des cordons latéraux surtout des faisceaux latéraux qui se rendent au cervelet ; les cordons latéraux et la substance grise étaient demeurés normaux. L'auteur n'a pas encore eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de malades chez qui il avait constaté la perte de la sensibilité tactile et des impressions de froid alors que la chaleur et la douleur étaient toujours perçues. Chez les chats et les chiens, les lésions cérébro-spinales unilatérales qui ne nuisent pas à la sensibilité tactile ne nuisent pas non plus à la sensibilité des impressions froides ; celles qui anéantissent la première troublent aussi la dernière ; telles la section transverse des cordons posté-

rieurs et l'extirpation des centres corticaux moteurs. *Conclusions* 1° La même région de l'écorce cérébrale (gyrus sigmoïde) contient le centre des sensations tactiles et frigorifiques ou des conducteurs qui les apportent à ce centre; 2° les cordons postérieurs de la moelle transmettent deux espèces de sensations; 3° ces deux espèces de sensations sont supprimées quand on comprime les troncs nerveux périphériques; 4° la sensibilité à l'égard de la chaleur est chez l'homme transmise par d'autres nerfs à d'autres tractus et de ceux-ci à d'autres centres cérébraux que la sensibilité à l'égard du froid; 5° le sens de la température se compose donc de deux sens : un sens pour la chaleur, un sens pour le froid, absolument indépendants l'un de l'autre au double point de vue anatomique et physiologique.

Il ne faut pas non plus identifier le *sens tactile* et le *sens des impressions frigorifiques*, non plus que le sens de la *douleur* et celui de la *chaleur*. Il existe, en effet, divers points de l'économie dont les uns perçoivent uniquement le froid, les autres la chaleur, d'autres enfin le contact. Le gland pénien, par exemple, complètement insensible à l'égard du froid, perçoit les grossiers contacts. La sensibilité frigorale et tactile s'effectue donc par des nerfs spéciaux malgré la communauté des trajets et des terminaisons centrales des tractus nerveux.

M. Goltz présente quelques *chiens* en vie auxquels on a *enlevé* tant la sphère du *sentiment*, que la zone de la *vue*. En comparant l'allure des animaux mutilés aux lacunes encéphaliques correspondantes (les animaux sont sacrifiés ultérieurement), on peut voir que Goltz a raison de combattre le point du vue de Munk [1].

III. Section de médecine interne.

M. Rumpf (de Bonn). *Des monoplégies et des hémiplégies syphilitiques.* — La communication porte sur deux observations de monoplégie typique du bras ou de la jambe avec épilepsie corticale. Dans les deux cas le membre atteint présentait de la tension musculaire et de l'exagération des réflexes tendineux. Intégrité parfaite de la sensibilité. Dans deux autres cas de monoplégie syphilitique, la sensibilité commune était diminuée, ainsi que la faculté de percevoir la situation et la position des membres affectés; parfois il se produisait des accès convulsifs dans le membre atteint sans autres troubles de la motilité. L'auteur porte sur les deux premiers faits le diagnostic de lésion du centre cortical moteur, sur les deux derniers, celui de lésion corticale de la zone sensible, *conclusion*, conforme à celle de Nothnagel [2]; les endroits

[1] Voy. *Archives de Neurologie, aliàs passim.*

[2] Voy. Traduction française, Paris, 1885. Maladies de l'encéphale et localisations.

de la surface du cerveau qui commandent à la motilité et au sens musculaire sont chez l'homme, tout près l'un de l'autre, mais non identiques.

IV. Section de gynécologie.

M. H.-W. Freund (de Strasbourg). *Des fines altérations des appareils nerveux qui occupent le parametrium*[1], *dans le cas d'atrophie simple et paramétritique.* — Dans le cas de puerpéralité normale, l'auteur a trouvé une forte hyperplasie du ganglion cervical de l'utérus (*ganglion de Frankenhœuser*)[2] ; dans les stades plus avancés, il existait une métamorphose graisseuse du même organe. Dans l'atrophie simple du tissu cellulaire du bassin, alliée du reste à de l'atrophie utérine consécutive à des maladies rapidement consomptives, à des couches et à des lactations se succédant à des intervalles trop courts, à des affections puerpérales graves, les cellules nerveuses ganglionnaires se sont montrées diminuées de nombre et de volume, en partie atteintes de dégénérescence graisseuse ; leur forme, au lieu d'être polygonale, était devenue arrondie, on n'en constatait pas toujours le noyau et le mucléole les ramuscules nerveux étaient amincis et infiltrés de graisse. Dans la paramétrite chronique, M. Freund a vu le ganglion qui nous occupe, comprimé par des tractus de tissu conjonctif cicatriciel ; les cellules en étaient recoquillées et pigmentées (couleur jaune-brun), souvent on n'en pouvait reconnaître le noyau qu'avec peine ; au degré le plus extrême de la rétraction cicatricielle, à côté des cellules nerveuses, soumises aux altérations les plus marquées, on percevait des branches nerveuses clairsemées, amincies, pauvres en éléments de relais. Importance de ces lésions pour l'interprétation de l'hystérie.

V. Section de pédiatrie

M. Ranke (de Munich). *De la paralysie infantile cérébrale.* — L'été dernier, l'auteur a observé neuf cas de paralysie cérébrale correspondant au tableau morbide de la poliencéphalite aiguë de Struempell[3]. Six cas se rattachent à la forme hémiplégique ; trois cas concernent la forme monoplégique. Dans la première forme

[1] Voy. *Manuel de Gynécologie*, de Hart et Barbour, traduction française de Crouzat. Paris, 1886, p. 54.

[2] Voy. Ce même ouvrage, p. 83.

[3] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 112. — Il s'agit là d'une maladie qui a été décrite bien des fois en France par Bravais, Cotard, Bourneville et ses élèves.

la paralysie était surtout accentuée sur le bras, arrêté dans son développement (il en était de même pour un cas de monoplégie brachiale); le trouble de la nutrition portait sur les os et les muscles, et non sur le tissu adipeux sous-cutané. Chez les six hémiplégiques, il y avait de l'athétose des doigts qui atteignait en outre les orteils (trois cas); deux d'entre eux présentaient des troubles intellectuels, un garçon devint, quatre ans après l'invasion de la paralysie, épileptique. Dans tous les cas, la paralysie n'était pas flasque, comme cela a lieu dans la poliomyélite, mais elle s'accompagnait d'une légère tension musculaire. Persistance des réflexes tendineux parfois même exagérés. Jamais d'altérations fondamentales de la sensibilité, du sens musculaire, de la réaction électrique. Intégrité du facial. La maladie remontait invariablement à la première jeunesse; son stade initial, tantôt indiqué, tantôt formellement nié, serait caractérisé par des convulsions, de la perte de connaissance, de la fièvre. Chez trois enfants venus au monde en état d'asphyxie, l'affection doit remonter à la naissance.

M. Demme. *Contributions à la connaissance des effets nuisibles des excès alcooliques sur l'organisme de l'enfant.*— Sur cinquante-trois enfants amenés à l'hôpital spécial de Berne, dans le cours des années 1878-1884, et affectés d'arrêt de développement psychique total ou partiel, 28, soit 54 p. 100 étaient issus de parents habituellement adonnés (généralement il s'agissait du père) à l'eau-de-vie. M. Demme s'élève contre la coutume d'administrer des boissons alcooliques aux enfants ; il indique deux cas de cirrhose hépatique, pendant l'enfance et envisage plusieurs observations relatives à l'épilepsie, à la chorée, aux terreurs nocturnes, comme suites immédiates d'ingestion prolongée d'alcool. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLII., 4). P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE

IX. *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux;* par Ch. Féré. (Au *Progrès médical* et chez Lecrosnier.)

L'urgence d'un pareil traité se faisait de plus en plus réclamer en présence des recherches successives, éparses dans différents recueils depuis dix ans, et ne se retrouvant dans aucun des traités du système nerveux. Il y avait à tenter ce travail un double

écueil, trop dire ou ne pas dire assez, écueil qui ne pouvait être évité que par la compétence toute spéciale de l'auteur. Ce traité tout en étant complet repose sur un sage discernement entre les faits anatomiques courants, partout reproduits et sur lesquels l'auteur ne fait que passer sans les négliger et entre les faits récents, si sujets à discussion, difficiles à exposer et qui tous sont reproduits avec une clarté qui n'existait pas toujours dans les monographies de leurs auteurs. Le même esprit de méthode se retrouve dans les questions physiologiques et pathologiques qui en relèvent l'attrait de l'exposition, sans compter la présence de nombreuses figures explicatives et schémas inédits ou empruntés souvent aux meilleures sources. Les premiers chapitres sont consacrés aux méninges et à la configuration extérieure et intérieure de l'encéphale.

Le chapitre IV (les hémisphères cérébraux) comprend les descriptions nouvelles de la scissure de Sylvius, du lobule de l'insula de la région rétro-insulaire et de ses plis de passage et un exposé facile à suivre de la corne d'Ammon. Un article spécial sur la topographie cérébro-crânienne, curieux par les détails crâniologiques et les questions relatives aux applications du trépan, est suivi d'une revue complète sur les localisations fonctionnelles. La substance blanche des hémisphères et du centre ovale sont étudiées au moyen des coupes de Pitres; les chapitres les plus intéressants sont ceux concernant les noyaux gris centraux et la capsule interne; toute obscurité disparaît devant l'exposé facile et clair des détails relatifs à l'isthme de l'encéphale et du cervelet; tout un chapitre est consacré à la circulation cérébrale avec les nombreuses questions physiologiques et pathologiques qui en découlent. Le dernier chapitre sur le bulbe rachidien et la moelle fait apprécier en songeant aux précédents traités d'anatomie, combien il était temps qu'une nouvelle revue d'ensemble fût faite sur cette question.

La seconde partie, réservée au système nerveux périphérique, relate toutes les recherches récentes relatives aux nerfs crâniens au point de vue de la physiologie et de la pathologie. CHARPENTIER.

X. *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations;* par Hermann NOTHNAGEL, traduit par P. KÉRAVAL. — (Paris, 1885. Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.)

Ce livre est un traité essentiellement clinique s'appuyant sur les faits que fournit l'observation rapprochée des résultats de l'autopsie pour faire le diagnostic topographique des lésions en foyer de l'encéphale. La physiologie est ici reléguée au second

plan, l'auteur se réservant de traiter cette question à part, parce qu'il trouve qu'en définitive les faits cliniques seuls ont une importance prépondérante en matière de pathologie humaine. Observation rigoureuse du malade avec autopsie complète, analyse de chaque cas particulier, comparaison de tous les faits entre eux, telle a été la règle de conduite de M. Nothnagel. Le choix des observations a été fait avec le plus grand soin, l'auteur recherchant de préférence les hémorrhagies ou ramollissements d'ancienne date, et se montrant très circonspect à l'égard des méningites même circonscrites, des encéphalites aiguës, des tumeurs, etc.

Nous regrettons de ne pouvoir donner ici une analyse complète de ce traité spécial ; nous nous contenterons d'avoir indiqué l'idée qui y préside. Dans une première partie M. Nothnagel étudie la symptomatologie spéciale, chaque chapitre comprenant l'exposé des observations, leur analyse, leur comparaison et les déductions à en tirer.

Une seconde partie renferme un essai de séméiologie sur l'importance de chacune des manifestations symptomatiques, symptômes de déficit, phénomènes d'arrêt, phénomènes d'excitation pour le diagnostic local, la localisation des lésions. Nous devons savoir gré à M. Kéraval d'avoir voulu vulgariser dans notre pays ce livre indispensable à tout médecin s'occupant de la pathologie du système nerveux; plus que tout autre, par ses études spéciales en neurologie et la connaissance approfondie de la langue allemande, il était à même de mener cette tâche à bonne fin. Sa traduction tout en restant aussi conforme que possible au texte primitif, est écrite dans un style simple et facile qui en rend la lecture singulièrement attrayante. — Mais M. Kéraval a fait plus qu'œuvre de traducteur; il a semé au courant du livre de M. Nothnagel de nombreuses notes originales et il l'a mis, si l'on peut dire, au courant de la science par les indications bibliographiques et le résumé des observations principales parues depuis sur la matière. Signalons enfin l'excellente idée qu'il a eue de joindre au texte un atlas d'anatomie normale des centres nerveux, permettant au lecteur de se retrouver, sans effort d'esprit, dans la topographie cérébrale et de déterminer rapidement le siège des lésions en foyer successivement passées en revue dans le cours de l'ouvrage. J. Séglas.

XI. *La possession de Jeanne Féry, religieuse professe du couvent des sœurs noires de la ville de Mons* (1584). (*Bibliothèque diabolique*). In-8° 1886. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Lecrosnier, éditeur.

L'étude rétrospective de manifestations morbides n'a pas seule-

ment un intérêt historique. On peut dire qu'elle apporte un appui à la clinique, en ce sens qu'elle lui fournit des faits décrits en toute sincérité par des observateurs non prévenus ; et lorsqu'il s'agit de l'hystérie ces faits acquièrent une importance de premier ordre. Il faut donc louer M. Bourneville d'avoir pris l'initiative des publications relatives à l'histoire si riche de faits des manifestations névropathiques, et considérées autrefois comme de nature miraculeuse. Le succès des ouvrages précédemment publiés, le *Sabbat des sorciers*, la *Possession de Françoise Fontaine*, l'œuvre de *Jean Wier*, est d'un bon augure pour l'accueil qui sera fait à l'histoire de la *Possession de Jeanne Féry*, regardée de son temps comme une victime du démon, et qui, en réalité, était une hystérique des mieux caractérisées, chez laquelle on retrouve les *grandes attaques convulsives*, le *délire*, les *hallucinations* multiples, l'*anesthésie*, les *extases*, les *sensations viscérales* étranges, etc. Parmi les manifestations les plus intéressantes observées chez cette malade, il faut remarquer le *dédoublement de la personnalité*. La relation de la possession de Jeanne Féry est enrichie des notes dans lesquelles M. Bourneville a pris soin de mettre en relief les phénomènes plus intéressants, et de les rapprocher des faits de la pathologie contemporaine. CH. F.

XII. *Klinische Psychiâtrie* (Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten); par H. SCHUELE. (Leipzig, 1886. F.-C.-W. Vogel, éditeur.)

Ce volume représente la troisième édition de l'*Handbuch der Geisteskrankheiten* de la collection Ziemssen (2e édition, 1880). Quand M. Schuele fit paraître cet *Handbuch*, il nous souvient d'avoir entendu critiquer son style et la nature de ses opinions qu'on qualifiait de métaphysiques. On lui reprochait notamment d'avoir conçu plutôt un traité de psychologie pathologique qu'un livre propre à faciliter l'observation des malades. Sa *Klinische Psychiâtrie* semble être une réponse à ces critiques. Ce livre n'émane plus, en effet, du remaniement de l'Handbuch de 1880 ; il constitue un travail nouveau, tout entier consacré à la description des types cliniques, de leurs variétés, des complexus séméiologiques et épisodiques, de l'évolution de chacun d'eux, et du mélange des modalités morbides, ainsi que de leurs formes de transition ; le pronostic et le traitement correspondants y trouvent également droit de cité.

Aussi M. Schuele, après avoir consacré quelques pages aux généralités, expose-t-il sans plus tarder sa classification. Nous la reproduisons.

I

Psychoses se produisant chez des individus dont les organes centraux ont atteint la plénitude de leur développement physique et psychique.

- **1. Dans un encéphale robuste (psychonévroses au sens strict du mot).**
  - *a.* Mélancolie
  - *b.* Manie (en partie).
  - avec leurs conséquences.
- **2. Dans un encéphale peu valide (cérébro-psychoses).**
  - *a.* Manie grave; fureur.
  - *b.* Délires, plus ou moins cohérents, systématiques d'une vésanie aiguë, chronique, stupide.
  - *c.* Démence aiguë primitive et son annexe naturel : stupeur hallucinatoire.
  - *d.* Folie hystérique, épileptique, hypochondriaque.
  - Appendice : *A.* Psychoses périodiques circulaires et alternes.
    B. Troubles psychiques consécutifs à une affection somatique extra-cérébrale (fébrile, puerpérale) y compris les intoxications.

  (Groupes 1 et 2 : Psychonévroses.)
- **3. Etats d'épuisement pernicieux de l'encéphale.**
  - *a.* Aigu, dangereux : délire aigu.
  - *b.* Chronique présentant le caractère dégénératif, destructif : Paralysie générale progressive classique.
- **4. Cérébropathies psychiques.**
  - Psychoses consécutives à des maladies cérébrales organiques subaiguës et chroniques (diffuses et localisées) : Paralysies générales progressives modifiées.

II

Psychoses se manifestant chez des individus dont les organes centraux présentent des lacunes matérielles et psychiques et constituent par suite un mauvais terrain.

- *a.* Névrose héréditaire;
  Appendice : psychoses transitoires.
- *b.* Folie héréditaire simple ; folie issue de conceptions irrésistibles, d'obsessions (maladie du doute et du toucher).
  Appendice : délire des persécuteurs processifs (chicane).
- *c.* Folie systématique originelle (délire chronique héréditaire de Magnan P. K.).
- *d.* Folie héréditaire dégénérative; folie morale.
- *e.* Idiotie.

M. Schuele trace ensuite les signes cliniques fondamentaux des groupes principaux sus-mentionnés, et leurs caractères différentiels; il passe enfin à l'étude détaillée des diverses entités morbides et de leurs variétés. Nous ne pouvons avoir la prétention de résumer les 500 pages de nosographie descriptive qui feront la fortune de l'œuvre; tout ce que nous devons dire, c'est que le corps de doctrine du savant psychiâtre ne prête désormais à aucune ambiguité ; le style, fort clair, fournit toutes les explications qu'on est en droit de réclamer à l'appui des dénominations, des divisions et des subdivisions techniques. Nous nous permettrons cependant de demander au médecin d'Illenau de vouloir bien, dans un intérêt international, publier son carnet d'observations, de faits cliniques, c'est-à-dire l'histoire de ses malades, accompagnée

de ses discussions diagnostiques, ainsi que l'a fait M. de Krafft-Ebing. P. KERAVAL.

VARIA

A PROPOS DE LA MORT DU ROI DE BAVIÈRE; par le D[r] I. v. MUNDEY (*Wiener med. Wochenschr*, n° 25, p. 910.)

> ......Eviter de voir dans le petit-fils
> les traits autrefois aimés et éloquents
> dans leur silence, du grand-père.
> Ainsi parlèrent les dieux.
> (GOETHE).

Aussi bien dans l'histoire générale que dans les mille chapitres des histoires spéciales de chaque pays, cet événement tragique se trouve tout à fait isolé et Shakespeare, le peintre génial de la folie dans les familles royales, n'eût pas pu trouver un drame plus poignant. Depuis le livre célèbre d'Erasme « de moria », jusqu'aux ouvrages modernes de psychiatrie, rien de comparable à cette catastrophe! C'est une des causes qui rendent difficile d'étudier cet épisode, même superficiellement.

La cause principale aussi est, qu'il en est, absolument nécessaire d'avoir ici des documents provenant de témoins oculaires; en même temps, la catastrophe même s'est passée loin de la présence de ces témoins. Il est donc fort difficile de donner ici un jugement valable.

Il faut cependant qu'un journal sérieux donne rapidement son opinion sur un fait si extraordinaire au point de vue médical et psychiatrique.

La première question à se poser est: Quand a-t-on pu s'apercevoir des premières manifestations de l'affection mentale?

Nous en savons assez pour répondre que dès l'enfance, plus encore dans l'adolescence, et progressivement jusqu'à l'âge mûr (le malade a dépassé la quarantaine), on a pu observer des symptômes morbides.

Les preuves sont innombrables et on les réunit actuellement.

La seconde question est celle de la prédisposition héréditaire. Ici encore nous pouvons répondre affirmativement, avec mille preuves à l'appui.

Nous avons ainsi résolu les deux points cardinaux d'un examen légal, s'appuyant sur des bases sûres. On pourrait encore soumettre aux experts la question de savoir comment il s'est fait que les exécuteurs testamentaires[1] ont pu permettre, à l'époque de la mort du père, qu'un jeune homme accablé par la prédisposition héréditaire et déjà malade arrivât au pouvoir, tandis que l'autre frère, pour des faits cliniquement peu différents, dut renoncer au pouvoir et fut interné?

Bien que la question soit secondaire au point de vue psychiatrique, elle était cependant justiciable de la médecine légale, à cause de la grande responsabilité qui incombe à un souverain. Pareils faits ont déjà été jugés, car le triste chapitre de l'irresponsabilité chez les princes régnants ou non est même, dans les temps modernes, important.

Il n'est pas du domaine médical d'élever une critique sur ces faits dont le résultat a été que l'entourage responsable a pu pendant vingt-cinq ans rester spectateur apathique d'une maladie qui a consommé la perte du chef suprême de l'Etat.

Dans les dix dernières années, et plus spécialement depuis cinq ans, la maladie de l'illustre aliéné a pris un caractère manifestement chronique, surtout à cause du genre de vie du roi qui ne fut contrôlé par aucun médecin : aussi la volonté et une sûre appréciation des événements devaient-elles être annihilées par l'influence prépondérante des passions.

C'était là une sorte de secret de Polichinelle (öffent liches Gcheimniss), et il faut s'étonner qu'il n'ait été fait auparavant aucune tentative pour donner une solution équitable à ces événements.

Il faut, il est vrai, bien se mettre dans l'esprit qu'on ne peut agir avec des malades exerçant un pouvoir royal et qui tombent en démence, comme avec des mortels ordinaires. Le respect témoigné au plus grand personnage du royaume, et bien des difficultés sociales et politiques, les croyances et les superstitions d'un peuple loyal, rendent toute action difficile, poussent à la temporisation et influencent les décisions.

Mais, dans le cas spécial on a temporisé plus que de raison, semble-t-il, pour employer un terme peu énergique. Qu'il nous soit permis d'émettre ici notre opinion sur ce qui aurait dû être fait par l'entourage.

Il semble évident qu'on aurait dû avant tout avertir les autorités locales du voisinage de la résidence royale, puis, aussi rapidement et sans éclat, l'entourage et les domestiques du malade.

Auparavant, il y avait lieu d'appeler à la Capitale un ou plusieurs coryphées de pays étrangers, pour que, en collaboration

[1] Massgebande dans le texte.

avec les collègues du pays, ils reconstruisissent l'histoire et l'état actuel de la maladie, d'où auraient découlé les mesures à prendre.

Nous trouvons extraordinaire que le savant aliéniste choisi par les gouvernants, ait pu prendre sur lui une telle responsabilité et ne l'ait partagée qu'avec quelques collègues du pays.

Nous trouvons aussi étrange qu'on ait cru avoir le droit de traiter comme affaire domestique, ne regardant que le pays même un événement d'où dépendait la conservation au pouvoir du roi, alors que depuis des années le télégraphe et les journaux portaient journellement au loin les détails sur les particularités de l'existence royale.

Mais le gouvernement a aussi le devoir de tout mettre en œuvre pour obtenir que la lumière complète soit faite sur la forme, la marche et le traitement convenable de la maladie.

Si dans ce cas tout a été fait, il n'est pas, nous semble-t-il, encore temps de faire apparaître l'aliéniste avec ses gardiens, mais bien le prince ou parent le plus agréable au malade. Lui seul pourra accomplir le triste devoir d'annoncer au moment opportun la triste nouvelle d'une déposition nécessaire. Ensuite, il aura encore à présenter les médecins. Alors seulement, les médecins réunis font le diagnostic et le pronostic pour décider du traitement en connaissance de cause. C'est ce que fit il y a peu de temps encore une reine intelligente, lorsqu'il fallut prendre un parti au sujet d'une belle-sœur impériale : aujourd'hui encore elle veille pieusement à la santé de la malheureuse.

Un roi comme celui de Bavière avait, croyons-nous, le droit de ne pas être traité selon les formes. On ne va pas se promener quelques heures après qu'on a déposé un roi névropathe, avec lui en calèche découverte, en plein jour, dans ses états, car il est évident que le malade, bien que dûment aliéné, se rendait bien compte que ce dernier voyage devait le mener à un château, prison où il devait rester enfermé jusqu'à son dernier jour.

Bien des aliénés agités n'ont jamais atteint le but final ou ont su, peu après l'arrivée à l' « asile », se délivrer de l'emprisonnement par la violence, mais aucun d'eux ne l'a fait, cela est indubitable, avec plus de préméditation, que le malade célèbre du château de Berg.

A peine installé a l'asile-château depuis 48 heures, il a exécuté son médecin, qui était forcé,par son savoir et son devoir professionnel à le condamner à la prison perpétuelle.

Puis il se donna lui-même la mort dans les flots où jadis son clair regard aimait à s'arrêter.

Nous donnons ici le rapport fait sur le terrible événement du château de Berg. Rarement un cas n'a présenté plus spécialement

un intérêt médical. Non seulement un médecin très connu a dû partager la mort de son roi aliéné, mais le sort du roi lui-même est fort digne de réflexion. Le byzantinisme de la cour lui a fait refuser pendant des années ce qu'on accorderait au dernier de ses sujets, des secours médicaux, des soins appropriés et une surveillance suffisante. On a ignoré ou caché des actes dont la plus petite fraction eût suffi à exiger que le roi et l'entourage fussent soustraits aux dangers d'une puissance échappant au contrôle de l'intelligence et de la volonté. Pendant des années la folie inconsciente a respecté les actes non contrôlés du roi, jusqu'à ce qu'un sujet d'excitation, les difficultés financières, eût amené cette crise maniaque formidable. Ayant essayé de s'entendre avec son médecin pour exécuter son plan, suicide ou fuite, et ayant rencontré un obstacle, le malade royal décida de le supprimer.

On ne peut s'empêcher de considérer les actes du Dr Von Gudden comme imprudents. Croyant avoir une influence considérable sur l'esprit du roi il a été trop loin dans l'oubli des précautions; c'est ce qui a causé sa mort. Sa mémoire sera respectée et son nom, non seulement à titre de savant et de médecin, mais encore à titre de victime du devoir professionnel, honoré de tous.

Bernard de Gudden est né le 7 juin 1824 (il finissait donc sa soixante-et-unième année), et fut reçu médecin à Halle en 1848. Après avoir publié quelques travaux dermatologiques, il s'occupa de psychiatrie et devint en 1855 directeur de l'asile de Werneck, puis professeur de psychiatrie à Zurich (1869) : de là il fut appelé en 1872 à Munich, où il dirigea en même temps l'asile départemental d'aliénés. Depuis 1870 il a contribué à la publication des Archives de psychiatrie. Comme directeur il était très humain et un des premiers partisans du No restraint. Son regard noble, sa haute stature ont eu une grande influence sur bien des malades et ont été sans doute cause de son imprudence, qui lui a fait accepter le désir du roi, d'être délivré de tout gardien. Il a été bien puni de sa trop grande confiance !

L'autopsie du corps du roi a prouvé que non seulement il existait de graves lésions cérébrales, mais encore que l'état durait depuis longtemps.

En voici le résultat :

Longueur du corps 191 centimètres, périmètre thoracique 103 centimètres, pannicule graisseux fort : musculature et développement corporel très robustes. Le cadavre est un peu gonflé à la face et au cou, la peau du crâne et des oreilles bleuâtre, à la partie postérieure des membres et du corps des sugillations cadavériques diffuses. Pas de blessures, à l'exception de quelques éra-

flures du genou. La langue est pincée entre les dents, ces dernières en mauvais état.

La peau du crâne est très épaisse et gorgée de sang, le crâne petit par rapport au corps, et un peu asymétrique. Le diamètre diagonal depuis le front à gauche à la partie postérieure du crâne est long de 17,2 centimètres, le diamètre allant d'en avant à droite en arrière à gauche est de 17,9 centimètres. Calotte crânienne très mince, épaisseur maxima 3 millimètres. Les sutures coronaires et sagittales ossifiées à la face interne. Une série d'exostoses se trouvent à la partie interne du frontal. Le sinus longitudinal supérieur s'élargit fortement en arrière, et se rétrécit vers l'avant d'une façon remarquable. Beaucoup de granulations de Pacchioni entrant dans la lumière du sinus. La dure-mère est très épaissie surtout vers le frontal, elle contient beaucoup de sang et à l'intérieur elle est rude au toucher et villeuse. Sur la selle turcique une exostose de 2 millimètres de hauteur. Le rocher gauche présente un promontoire ayant un diamètre d'un centimètre à la base correspondant à un enfoncement du lobe temporal du cerveau. La selle turcique est asymétrique, épaissie, poreuse et cassante; il en est de même du plancher des fossettes antérieures. Les sinus de la base sont tous pleins d'un sang noir liquide.

Poids du cerveau sans la dure-mère 1,349 grammes. Arachnoïde épaissie sur de grands espaces. Sur le lobule paracentral gauche antérieur et au commencement de la première frontale l'arachnoïde et la pie-mère sont soudées sur une surface grande comme une pièce d'un marc, et fortement épaissie. La pression de ce bourrelet a aminci la voûte crânienne réduite à cet endroit à l'épaisseur d'une feuille de papier. A la surface du cerveau, régulièrement distribuées de chaque côté, on trouve des portions de circonvolutions atrophiées, surtout au commencement des trois frontales à l'extrémité médiane de la frontale antérieure et dans le voisinage de la partie moyenne du sillon post central (?) La masse du cerveau gorgée de sang et assez molle.

Autres organes. Pas d'adhérences pleurales; poumons normaux en dehors des effets provenant de l'aspiration d'eau. Cœur un peu hypertrophié, mais bien musclé et peu de surcharge graisseuse. Catarrhe chronique de l'estomac qui contient encore des aliments non digérés. Parois abdominales et foie congestionnés, rate agrandie (en voie de décomposition), reins grands, très cyanosés mais normaux.

FAITS DIVERS

Concours de l'Internat de la Maison nationale de Charenton. — Un concours pour trois places d'internes à la Maison nationale de Charenton a été ouvert le 26 juillet au ministère de l'Intérieur.

Le jury était composé de MM. les Drs Christian, Ritti, du Mesnil, Ladreit de Lacharrière, Damalix. Sur quatre candidats inscrits, trois seulement ont pris part aux épreuves, le quatrième n'ayant pas répondu à l'appel de son nom.

Les épreuves comprenaient : une composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux; une épreuve orale d'un quart d'heure sur une question de pathologie externe et une de pathologie interne.

La question écrite tirée au sort était *le nerf facial, anatomie et physiologie*. Les autres questions mises dans l'urne étaient : *Nerf pneumogastrique, anatomie et physiologie. Bulbe rachidien, anatomie et physiologie.*

Les épreuve orales faites le 28 juillet se composent des questions suivantes : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Diagnostie de la hernie inguinale. Attaque d'épilepsie, fracture de la clavicule. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë. Fractures des côtes.* La question traitée par les candidats était : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde et diagnostic de la hernie inguinale.* A la suite de ce concours, MM. Champeil, Doucet et Ferrière ont été nommés pour trois ans internes de la Maison nationale de Charenton.

Ecole d'infirmières de l'asile de Ville-Evrard. — M. le Dr Espian de Lamaeste, médecin-directeur de cet établissement, a organisé les cours au commencement du mois d'octobre.

Hospice de Bicêtre : Concours. — Conformément aux votes du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, le service de M. Bourneville à Bicêtre, comprenant les épileptiques adultes, les enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, hystériques et pervers, va être dédoublé le 1er janvier prochain. Il s'ensuit la création d'une nouvelle place de médecin aliéniste qui sera mise au concours soit à la fin de décembre, soit au commencement de l'année. Avis aux candidats.

La dormeuse de la Salpêtrière. — Les journaux politiques ont beaucoup parlé il y a deux mois, comme d'une nouveauté d'un cas extraordinaire, d'une malade de la Salpêtrière, nommée Eudoxie Hé.... Or les cas d'attaques de sommeil sont assez fréquents chez les hystériques, ainsi que nous l'avons montré dans le tome III de l'Iconographie de la Salpêtrière (pages 1 à 145), volume dans lequel nous avons rapporté tout au long l'histoire de la *dormeuse de la Salpêtrière*.

Folie religieuse. — On écrit de Vals-les-Bains : Un étrange maniaque habitant Vals-les-Bains a été interné aujourd'hui. Un sieur Jean Arlaud, qui depuis quelques années avait le cerveau dérangé et était atteint de la folie de la persécution, s'imaginait conjurer les mauvais esprits en accomplissant un singulier pèlerinage chaque année le vendredi saint. Il se rendait à Burzet, et là, restant vêtu seulement d'une chemise, pieds nus, chargé d'une croix, il montait au Calvaire.

Et chose à laquelle on ne voudra peut-être pas croire, il y avait sur le parcours un individu qui l'accompagnait à coups de fouet. ... Et, à chaque coup, Jean Arlaud lui demandait de frapper encore plus fort.

Quelques personnes ont prévenu la gendarmerie et, cette année, la population a été privée de cette triste scène. Le malheureux Jean Arlaud était d'ailleurs atteint d'une crise plus violente que de coutume. Il saccageait toute sa maison, prétendant chasser le diable. Les gendarmes ont eu beaucoup de peine à s'emparer de lui. Cette victime de la folie religieuse a été internée à l'asile de Privas. (*Lanterne*, mai.) — Les faits de ce genre ont un intérêt, au point de vue de l'influence des idées religieuses, sur la production de la folie.

Sur la statistique des maladies nerveuses et mentales en Russie. — Dans sa communication à la Société des Aliénistes de Saint-Pétersbourg (séance du 21 décembre 1885), le Dr Hertzenstein a présenté les résultats de ses recherches sur la statistique des maladies nerveuses et mentales en Russie. L'absence absolue des documents immédiats à cet égard l'a fait recourir à une méthode indirecte, notamment à l'énumération des malades de ce genre parmi les conscrits. C'est ainsi que se fondant sur les comptes rendus du Département médical relativement à l'état de santé psychique des conscrits convoqués pendant quatre ans (1879-1882), il a trouvé que sur 1,617,413 jeunes gens âgés de vingt et un ans, 15,727 ont été reconnus comme atteints de maladies mentales ou nerveuses, c'est-à-dire 9,72 p. 100. Prenant ensuite le rapport pour chaque année séparément, M. Hertzenstein trouve qu'il est, à peu de chose près, le même ; il oscille entre 10,04 p. 100 et

9,58 p. 100. Ces considérations permettent à M. Hertzenstein de conclure que vu la constance (approximative) du rapport indiqué, le peuple russe est exposé à une série de causes constantes qui déterminent chez lui un nombre presque invariable des maladies de dégénérescence (?). (*Wratch*, n° 5, 1886, Saint-Pétersbourg.)

École d'infirmières pour les aliénés. — Une école d'infirmières pour les aliénés a été établie par les directeurs du Hudson River State hospital. Cette école est fondée pour l'instruction de celles qui désirent prendre une spécialité pour les aliénés soit dans les maisons privées, soit dans les institutions publiques. Les infirmières pourvues du diplôme pour les hôpitaux généraux seront admises à l'école pour une période d'une année à la fin de laquelle après avoir passé un examen suffisant, elles recevront un diplôme portant le cachet de l'hôpital et les signatures du président du bureau, du directeur, du personnel médical et du directeur de l'école. Elles seront payées 100 fr. par mois durant les six premiers mois, et 125 fr. pendant les six autres mois. Pour celles qui resteront au service de l'hôpital après ce laps de temps, il y a des taux de rémunération spéciaux.

Les femmes entre vingt et trente ans qui n'ont pas le diplôme de l'école pour les hôpitaux généraux, seront admises à l'école, et recevront une instruction pendant deux ans. Après un examen suffisant à la fin de cette époque, elles recevront un certificat portant les mêmes signatures que le diplôme. Elles recevront de 50 à 85 fr. par mois suivant leurs progrès et le temps et la valeur de leur service. Des appointements spéciaux seront accordés après l'obtention du certificat pour le service de l'hôpital. En rapport avec l'hôpital il y a aussi une école pour les hommes de vingt à trente ans. La durée de l'instruction est de deux ans à la fin desquelles des certificats sont accordés sur la preuve de leur capacité. Les hommes sont payés de 80 à 110 fr. par mois suivant les progrès et le temps et la valeur des services. Des arrangements sont faits avec ceux qui restent à l'hôpital après l'obtention de leur certificat. Tous les élèves sont nourris, logés, blanchis et soignés en plus. Les candidats à l'admission à l'école doivent passer l'examen préliminaire réclamé par la commission du New-York civil service. Cet examen est passé à l'hôpital par les chefs de l'établissement qui constituent la commission provisoire d'examen. Les candidats doivent être d'une bonne constitution, de mœurs sobres et morales ; ils doivent présenter des lettres certifiant leurs mœurs et leurs qualités de deux sources honorables ou plus. Les diplômes de l'école d'infirmières sont reçus à la place des lettres. Pour l'instruction des femmes, les directeurs se sont assurés les services de Miss S. I. Hawley, une gradée de l'école de Bellevue-hospital avec une grande expé-

rience dans les hôpitaux d'aliénés. En qualité de maîtresse de l'hôpital et de directrice de l'école, elle donne tous les jours des leçons au lit du malade et fait des cours. (*The med. Record* N.-Y., 25 sept. 1886.)

Hôpital pour les épileptiques. — Un hôpital pour les épileptiques vient d'être créé récemment à Baldwinsville, état de Massachusets, aux Etats-Unis. Les bâtiments qui coûtent environ 5,000 dollars (29,000 fr.), contiennent quatorze chambres pour les malades et seront consacrés au traitement des enfants épileptiques. (*The New-York Méd. Journ.*, 23 oct.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Possession de Jeanne Fery, religieuse professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons (1584). Un volume in-8° de 112 pages, papier vélin, prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Papier parcheminé: prix : 4 fr. Pour nos abonnés, prix : 3 fr. — Papier Japon, prix : 6 fr. Pour nos abonnés, prix : 5 fr. Ce volume, publié par la librairie du *Progrès Médical*, est le quatrième ouvrage de la *Bibliothèque diabolique* (Collection Bourneville). Les ouvrages précédents sont par ordre de publication : 1° *Le Sabbat des sorciers*; 2° *La Possession de Françoise Fontaine*; 3° *Histoires et disputes des démons et sorciers*, par Jean Wier.

Féré (Ch.). — *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux.* Volume in-8° de 496 pages, avec 213 figures dans le texte. — Prix : 10 fr.. Aux bureaux du *Progrès Médical,* 14, rue des Carmes. Pour nos abonnés, 7 fr.

Burckhardt (E.). — *Trente-septième rapport sur la Maison de santé de Préfargier* (exercice 1885). — Brochure in-8° de 26 pages. — Neuchâtel, 1886. H. Wolfrath et Cie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE. — Congrès de phréniatrie et de neuropatologie, tenu à Anvers du 7 au 9 septembre 1885, sous la présidence de M. le Dr V. Desguin. — Statistique internationale des aliénés, par le professeur Lefebvre. — Relations entre la criminalité et la folie, par le Dr Semal. — Mémoires divers. Volume in-8° de 382 pages; Gand, 1886. Imprimerie Eug. Vanderhaeghen.

Vulpian (A). — *Maladies du système nerveux* (*moelle épinière*). Leçons professées à la Faculté de Médecine. Tome second. Volume in-8° de 798 pages. Prix : 16 fr. — L'ouvrage complet, 2 volumes : 32 fr.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

Abstinence, 63.
Activité volontaire (action du nitrite d'amyle sur l'), par Tippel, 92.
Alcool comme boisson dans les asiles, 71.
Alcoolisme chronique (exaltation dans l'), par Fox, 69, 411.
Aliénés (temps des processus psychiques simples chez les), par de Tschisch, 91 ; — (traitement de la sitiophobie chez les), 92; — (électricité chez les), 100.
Amnésie rétroactive, 377.
Amblyopie hystérique, par Hitier, 126.
Anatomie médicale du système nerveux (traité d'), par Ch. Féré, 413.
Anesthésique (leur influence sur la nutrition), par Drapier, 128.
Aphasie, par Balzer, 58; — (et démence), 79; — (et perception), par Grashey, 88, 232, 234.
Asile (d'Andernach), 64; — (cours pour les infirmiers d'), 128; — (de Cadillac), 191 ; — (de la Seine), 131 ; — de Pierrefeu), 132; — (Concours pour les — de Paris), 132; (de Charenton), 132; — (écoles d'infirmières de l' — Sainte-Anne), 258.
Assistance des aliénés en Espagne, 62.
Ataxie spinale (théorie de l'), 215.
Atrophie musculaire juvénile, 214.
Atrophie musculaire dans les paralysies des hystériques, par Babinski, 1, 154.
Autopsie du roi de Bavière, 135.

Boldo-glucine (recherches expérimentales et cliniques sur l'action somnifère de la), par Juranville, 127.
Borax dans le traitement de l'épilepsie, 244.
Buveurs (névrite multiloculaire chez les), 229.

Cachexie pachydermique (et idiotie), par Bourneville et Bricon. 137, 292; — opératoire, 353.
Cannabinone, 253.
Catatonie, 250.
Cécité et hemichorée, par Hallopeau, 59.
Cérébrales (localisations dans l'herpétisme), par Œttinger, 60.
Cerveaux de criminels et de suicidés, par Flesch, 89..
Chaleur (action de la — sur les centres respiratoires et circulatoires), 104.
Chirurgie du cerveau, 382.
Chorée (nature et traitement de la), par Saric, 124; — étiologie de la), par Saguet, 126.
Cocaïne dans le sevrage des

morphinomanes, par Erlenmeyer, 99.
Commissure postérieure du cerveau, 107.
Commotions cérébro-spinales, 237.
Compression du cerveau, 210.
Congrès des naturalistes et médecins allemands, 401.
Convulsions réflexes statiques, 210.
Corps calleux (fonctions du), 211.
Crâne (fracture du), 65.
Crime et folie, 240.
Criminalité congénitale (identité de l'épilepsie, de la folie morale avec la), par Lombroso, 90.

Dégénérescence dans la folie, 244.
Délire systématique hallucinatoire, par Mayser, 85.
Démence et aphasie, 79.
Diphthéritiques (paralysies), 223.
Dormeuse de la Salpêtrière, 422.
Dyscrasies, névroses et psychoses, par Mueller, 90.

Egypte (note sur l'), 86.
Électricité (folie guérie par l'), 68; — (chez les aliénés), 100.
Électrothérapie (questions de principe en), par Mueller, 91, 405.
Encéphale (traité clinique des maladies de l'), par Nothnagel, 414.
Épilepsie (et arthritisme), 57; — (base anatomique de l'), par Hay, 60; — (trépanation dans l'), par Erlenmeyer, 98; — (symptomatologie de l' — bénigne), 242; — (alcoolique), 243; — (congestive), 244; — (traités par le borax), 244.
Épileptique (folie), par Fischer, 61; — (automatisme), 241.
Ergotine et paralysie de Landry, 101.
Érysipèle et psychose, 80.
Ether (paralysie par injection sous-cutanée d'), 101.
Évasions des aliénés, 85.
Facial inférieur (origine corticale du), par Raymond, 58.
Faciale (paralysie), compliquée de zona, 212.
Fibres nerveuses à myéline des organes centraux (procédé de coloration des), 105.
Folie (guérie par l'électricité), par Robertson, 68; — (circulaire), par Packer, 69; — (gémellaire), 73, 78; — (avec hémichorée posthémiplégique), 73; — (enquête collective sur les causes de la), par Major, 75; — (impulsive), par Green, 79; — (transitoire), par Krafft Ebing, 82; — (troubles de la motilité volontaire dans la — simple), par Roller, 83; — aiguë mortelle), 84; — (héréditaire), 246, 247, 400; — religieuse), 422.
Formation réticulaire du bulbe et de la protubérance, 105.

Gaucher (lésion du lobe temporal gauche sans aphasie chez un), 124.
Gémellaire (folie), 73, 78.
Génital (inversion du sens), 83.
Genou (recherches du phénomène du), 128.
Grossesse et psychoses, 81.
Guérisons inattendues, par Willett, 72.

Hallucinations (variabilité des), par Koch, 84.
Hémianesthésie et hémichorée, 58.
Hémianopsie latérale gauche 234.
Hémichorée, 59: — (posthémiplégique et folie), 73.
Hérédité directe des maladies mentales. par Sioli, 187.
Hémorrhagies-cutanées par auto-suggestion, par Mabille et Ramadier, 54.
Hypnotisme (de l'), par Jendrassik, 43.

Hystérie (traitement de l'attaque d'), par Ruault, 99; — (dans les troupes russes), par Oseretkowsky, 265.
Hystériques (paralysies), 1, 154; — (amblyopie), par Hitier, 126; — monoplégie hystérique guérie par suggestion, par Voisin, 202.

Idiotie avec cachexie pachydermique, par Bourneville et Bricon, 157, 192.
Incohérence, par Konrad, 81.
Inconnu, 256.
Injections sous-cutanées dans les psychoses, 101.
Inversion du sens génital, par Krafft Ebing, 83.

Laryngés (troubles — dans les affections du système nerveux central), 119.
Lectures (troubles de la — chez les paralytiques généraux), 67.
Liquide céphalo-rachidien, 402.
Localisations méningées et encéphaliques des affections catarrhales, par Raymond, 59.
Localisations cérébrales (fait pour servir à l'histoire des), par Homen, 204.

Manie aiguë (avec troubles du langage), par Mitchell, 69; — (chez un garçon de treize ans), par Strahan, 70.
Méningite suppurée, 57; — (tuberculeuse), 59; — (cérébro-spinale chronique), 60.
Mentaux (troubles — dans les affections cérébrales ordinaires, par Gasquet, 70.
Morphiomanes (de la cocaïne dans le sevrage des), 99.
Motilité volontaire (troubles de la — dans la folie simple), par Roller, 83.
Myélite subaiguë des cornes antérieures, par Dufourt, 57.
Myélite (chronique), 57; — (diffuse), par Raymond, 58.

Nécrologie : Gudden, 133.
Nerf accessoire de Willis (origine centrale du), 104.
Nerf médian (paralysies du), 226.
Névralgie de la cinquième paire avec troubles trophiques, 114.
Névralgie des plexus lombaire et sacré, d'origine traumatiqne, par Tricard, 125.
Névrite (optique dans la sclérose multiloculaire), 112, 122; — (multiloculaire chez un alcoolique), 116; — (au trijumeau), 118; — multiloculaire avec athétose), 213; — (généralisée), 224; — (multiples), 225; — (multiloculaire chez les buveurs), 229.
Névrose consécutive à un accident de chemin de fer, 113.
Nitrite d'amyle (influence du — sur l'activité volontaire), par Tippel, 92.
Nominations et promotions, 262.

Olives (couche intermédiaire des), 103.
Ophthalmoplégie (et épicanthus), 222, 223.
Optiques (origine des nerfs), 401.
Oxyde de carbone (troubles nerveux à la suite de l'empoisonnement par l'), 216.

Pachyméningite et paralysie générale, par Savage, 73.
Paralysie (de Landry, guérie par l'ergotine), 101; — (par injections sous-cutanées d'éther, 101; — (bulbaire avec sclérose latérale), 112; — (cas de spinale ascendante aiguë de Landry), par Soudeykine, 197; — (diphthéritiques), 223; — (saturnine), 238; — (syphiliques), 409.
Paralysie générale (troubles de la faculté de lire dans la), 67; — (et sclérose latérale), 71; — (et pachyméningite), 73; — (et syphilis), 80, 86; — (lésions épendymaires dans la),

par Friedmann, 80 ; — (rémissions dans le cours de la), par Larroque, 125 ; — (histologie pathologique), 403.
Paralysies hystériques, 1, 154.
Pendaison (tentative de suicide par) ; — (amnésie rétroactive, modifications du délire), 377.
Pédoncules cérébelleux, 107.
Persécution (idées de), 73.
Pinéale (tumeur de la glande), 228.
Playfair (traitement de), 253.
Poliomyélites, 122.
Porencéphalie et idiotie, par Otto, 62.
Portes ouvertes (système des), par Campbell, 72.
Possession de Jeanne Féry, 415.
Protubérance (lésions de la), 227.
Psychiatrie clinique, par Schuele, 414.
Psychoses (et érysipèle), 80 ; — (et grossesse), 81 ; — (injections sous-cutanées dans les), 101 ; — (troubles locomoteurs dans les — simples), 406.
Pupilles (réaction des), 116.

Restiforme (corps), 108.
Rhéostat transportable, 98.
Roi de Bavière (mort du), 416.
Ruban de Reil (anatomie du), 102, 110.

Sclérose (latérale et paralysie générale), par Savage, 71 ; — (latérale avec paralysie bulbaire, 112 ; — (systématique combinée), 209 ; — (latérale amyotrophique), 226 ; — (combinée), 233 ; — (multiloculaire), 236.
Sensibilité (forme nouvelle de troubles de la — dans les lésions unilatérales du cerveau), 230.
Sitiophobes (échanges nutritif chez les — pendant les périodes d'abstinence), par Tuczek, 63.
Société psychiatrique de Berlin, 249.
Société de psychiatrie et de maladies nerveuses de Berlin, 110.
Société médico-psychologique, 134, 245, 400.
Société de tempérance, 135.
Suggestion (hémorrhagies cutanées, par auto-), 54 ; — (monoplégie hystérique, guérie par), par A. Voisin, 202.
Suicide dans les asiles d'aliénés, par Hasse, 65 ; — (surveillance relative aux tentatives de), 78.
Suicidés (cerveaux des), 89.
Syphilis et paralysie générale, 80, 86.
Système nerveux central (anatomie pathologique du), 217.

Tabes (combiné ataxo-spasmodique ou sclérose postéro-latérale de la moelle), par Grasset, 27 ; — (anatomie pathologique du — dorsal), 215 ; — (étiologie et symptomatologie du), 219 ; — (dorsal illusoire), 280.
Tétanos céphalique, 111.
Thomsen (anatomie pathologique de la maladie de), 221, 222.
Trépanation dans l'épilepsie, 98.
Tubercules quadrijumeaux (anatomie des), 102.
Tumeurs (syphilitiques des méninges cérébrales), 231 ; — (sarcome du lobe frontal), 222, 233, 235.
Typhoïde (épidémie de fièvre — à l'asile d'Osnabruck), par Rath, 66.

Visuel (des incitations et coïncitations des divers districts homonymes du champ), 404.

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Adamkiewicz, 204, 213, 219.
Althaus, 225, 231, 241.

Babinski, 1,154.
Balzer, 58.
Bechterew, 105, 107, 108.
Bernhardt, 112, 216, 220, 222, 226.
Binswanger, 403.
Bourneville, 137.
Bréda, 377.
Bricon, 137.
Briand, 247, 249, 401.
Brousse, 59.

Campbell, 72.
Charpentier, 414.
Christian, 246.

Darkschewitsch, 102, 104-107.
Delasiauve, 246.
Demme, 411.
Deny, 57, 58, 59, 60, 244.
Drapier, 128.
Dufour, 246.
Dufourt, 57.
Dukoff, 240.

Erb, 209, 215, 221.
Erlenmeyer, 98, 99, 204.
Erlitzky, 203.
Eulenburg, 212.

Falk, 257.
Feilchenfeld, 228.
Féré, 60, 99, 125, 126, 127, 128, 377, 414.
Fischer, 61.
Flesch, 89.
Folsom, 244.
Fox, 69.
Freud, 103, 410.
Freusberg, 406.
Friedmann, 80, 105.
Frœnkel, 244.

Gasket, 70.
Goldstein, 86, 104.
Grashey, 88, 402, 406.
Grasset, 27.
Greene, 79.
Gudden, 401.
Guttstadt, 256.

Hadden, 60.
Hadlich, 111.
Hallopeau, 59.
Hardine, 216, 241.
Hasse, 65.
Hay, 60.
Hebold, 64, 232.
Hecker, 98.
Heyden, 100.
Hirschberg, 112, 222.
Hitier, 126.
Homen, 199, 225.
Horsley, 384.

Iraclidy, 98.

Jastrowitz, 257.
Jendrassik, 43, 228.
Juranville, 127.

Kéraval, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 124, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 243, 244, 257, 413, 416.

Knecht, 250, 253.
Koch, 84.
Konrad, 81.
Koschewnikoff, 226.
Kowalewsky, 220.
Krafft-Ebing, 82, 83.
Krause, 119, 121.
Krauss, 215.

Lancereaux, 60.
Landerer, 80.
Larroque, 125.
Lévy, 84.
Lewis (Bevan), 73.
Lilienfeld, 116.
Liman, 123.
Lissauer, 218.
Lœhr, 253.
Lombroso, 90.
Lœwenfeld, 213, 224.

Mabille, 54.
Mac Dowall, 73.
Magnan, 247.
Major, 75.
Mayser, 85.
Mendel, 86, 223.
Merklin, 243.
Mierzejewsky, 227.
Mitchell, 69.
Mœli, 116, 243.
Monakow, 102, 110.
Mossdorf, 214.
Mueller, 90, 91.
Musgrave-Clay (de), 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80.

Nasse, 101.
Neumann, 101.
Nickle, 78.
Nothnagel, 414.

Œttinger, 60.
Oppenheim, 114, 117, 119, 122, 123, 230, 237.
Oseretkowsky, 265.
Otto, 63.

Packer, 69.
Peretti, 81.
Pflueger, 404.
Pilliet, 61, 242, 245.
Pœlitzœus, 236.

Rabbas, 67.
Ramadier, 54.
Ranke, 410.
Rannie, 79.
Rath, 68.
Raymond, 58.
Reinhard, 80, 211.
Remak, 112, 116, 119, 212, 224.
Ribalkine, 209.
Ritti, 246.
Robertson, 68.
Roller, 83.
Rosenbach, 227.
Ruault, 99.
Rumpf, 217, 409.

Saguet, 126.
Sander, 118.
Saric, 124.
Savage, 71, 73, 78.
Schlager, 85.
Schmitz, 62.
Schuele, 414.
Schultze, 219, 238.
Schulz, 229, 234.
Séglas, 415.
Shultteworth, 128.
Siemens, 92.
Siemerling, 117, 122.
Sioli, 87.
Skwortzoff, 209, 217.
Sœlan, 233.
Sorgenfrey, 101.
Soudeykine, 191.
Stein, 405.
Strahan, 70.

Teissier, 57.
Thomsen, 117, 124, 222.
Tigges, 100.
Tippel, 92.
Tricard, 125.
Truc, 244.
Tschisch (de), 51.
Tuczek, 63.
Tuke, 71.

Uhthoff, 112, 118, 223.

Verneuil, 59.
Vogelgesang, 253.
Voigt, 219.
Voisin (A.), 196.

Westphal, 112, 113, 124, 233.
Willett, 72.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3

Fig. 4.

b

Imp. Becquet fr. Paris.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

Fig. 1. — Coupe transversale de la moelle. (Intumesc. brachialis.)

Fig. 2. — Coupe transversale de la moelle (région lombaire).

Fig. 3. — Cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise en voie de dégénération pigmentaire.

Fig. 4. — Les vaisseaux et les cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise.

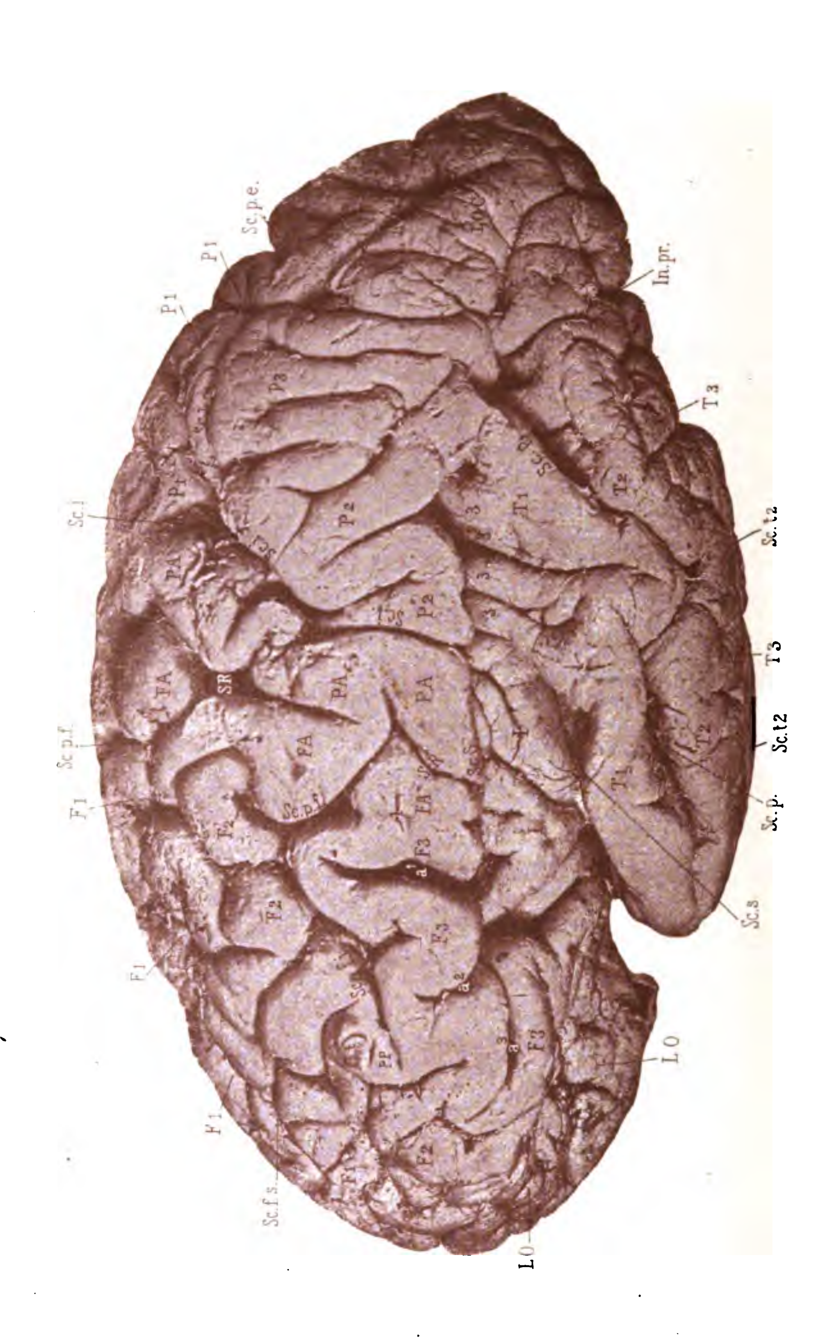
a, Corne gauche. — *b*, Corne droite.

PLANCHE II.

Face interne de l'hémisphère gauche.

Sc. c. m., Scissure calloso-marginale.
Sc. s. p., Scissure sous-pariétale.
Sc. p. i. Scissure perpendiculaire interne.
F. ca., Fissure calcarine.
Sc. to., 1re scissure temporo-occipitale.
Sc. to., 2e Scissure temporo-occipitale.
F_1, 1re circonvolution frontale interne.
C. C. C., Circonvolution du corps calleux.
C. Ç., Corps calleux.
L. P., Lobule paracentral.
L. Q., Lobule quadralatère ou avant-coin.
G., Coin.
To_1. 1re circonvolution temporo-occipitale.
To_2, 2e circonvolution temporo-occipitale.
T_3, 3e circonvolution temporale.
p. p. a., Pli pariéto-limbique antérieur.
p. p. p., Pli pariéto-limbique postérieur.





Sc.p.e.
P1
P1
In.pr.
T3
Sc.i
Sc.t2
T3
Sc.p.f.
Sc.t2
F1
Sc.p.
Sc.s
F1
LO
F1
Sc.f.s.
LO

PLANCHE III.

Face externe ou convexe de l'hémisphère gauche et de l'hémisphère droit.

Sc. S., Scissure de Sylvius dont les deux lèvres écartées laissent voir les circonvolutions de l'insula ($_1$) et les plis temporo-pariétaux ($_3$).

a., Rameau antérieur ascendant de la scissure de Sylvius.

a_1, Rameau antérieur ascendant supplémentaire de la même scissure.

a_3, Rameau antérieur horizontal de cette scissure.

1, Ligne marquant la démarcation entre la 3e frontale et la pariétale ascendante.

S. *R*, Sillon de Rolando.

Sc. *p. e.*, Scissure perpendiculaire externe.

Sc. *p. f.*, Scissure parallèle frontale.

Sc. *f. s.*, Scissure frontale supérieure.

Sc. *f. i.*, Scissure frontale inférieure.

Sc. *i.*, Scissure interpariétale.

Sc. *p.*, Scissure parallèle.

Sc. t_2, 2e scissure temporale.

In. p., Incisure préoccipitale.

p. p., Pli de passage allant de la 2e à la 3e frontale gauche sur lequel se trouve la petite tumeur *t*.

L. O., Lobule orbitaire.

F_1, 1re circonvolution frontale.

F_2, 2e circonvolution frontale.

F_3, 3e circonvolution frontale.

F. A., Circonvolution frontale ascendante.

P. A., Circonvolution pariétale ascendante.

P_1, Pli pariétal supérieur.

P_2, Pli pariétal inférieur.

P_3, Pli courbe.

L. oc., Lobe occipital.

T_1, 1re circonvolution temporale.

T_2, 2e circonvolution temporale.

T_3, 3e circonvolution temporale.

PLANCHE IV.

Face interne de l'hémisphère droit.

Les lettres ont la même signification que celles de la planche II, sauf les suivantes :

e., Incisure préovalaire.

d., Sillon parallèle à la scissure perpendiculaire interne allant se jeter dans la fissure calcarine.


Sc.p.i
e
F1
TO2
TO1

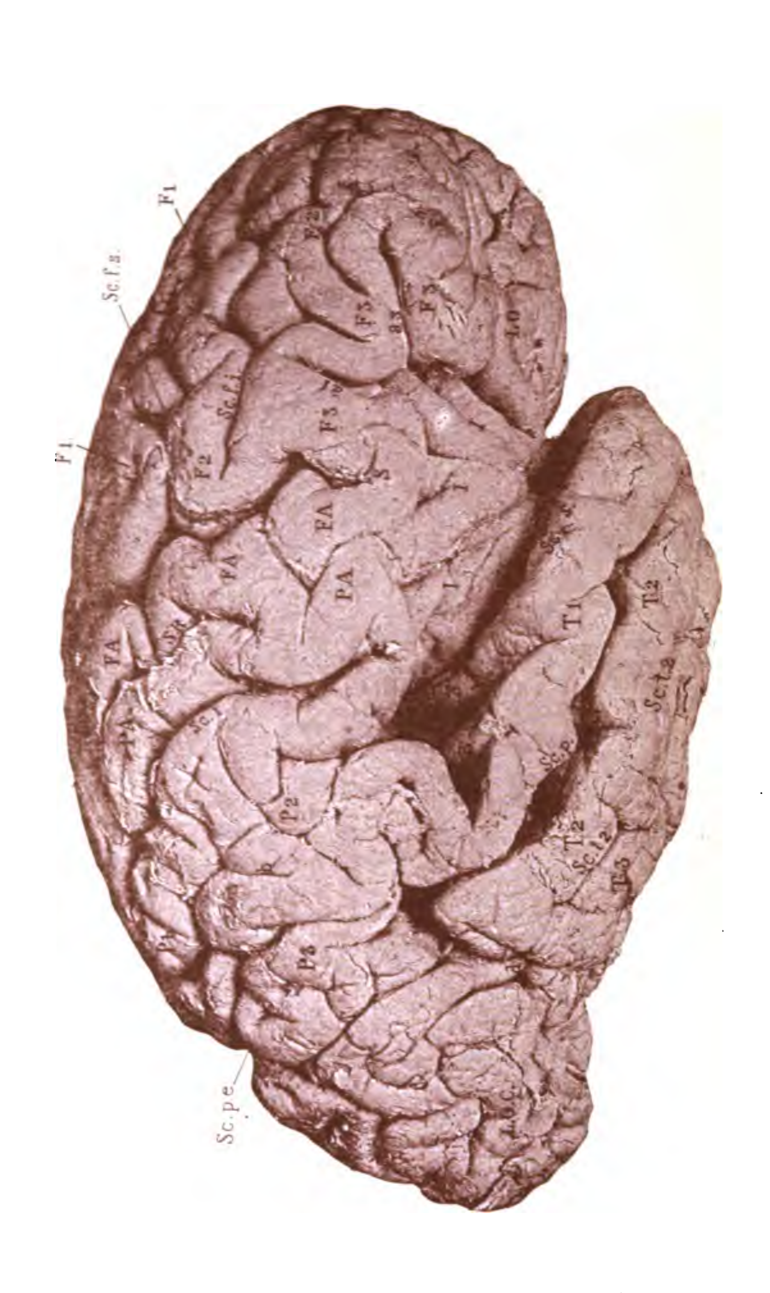

F1
Sc.f.s.
Sc.f.i.
F2
F3
FA
PA
T1
T2
Sc.t.2
T3
P2
P3
Sc.pe

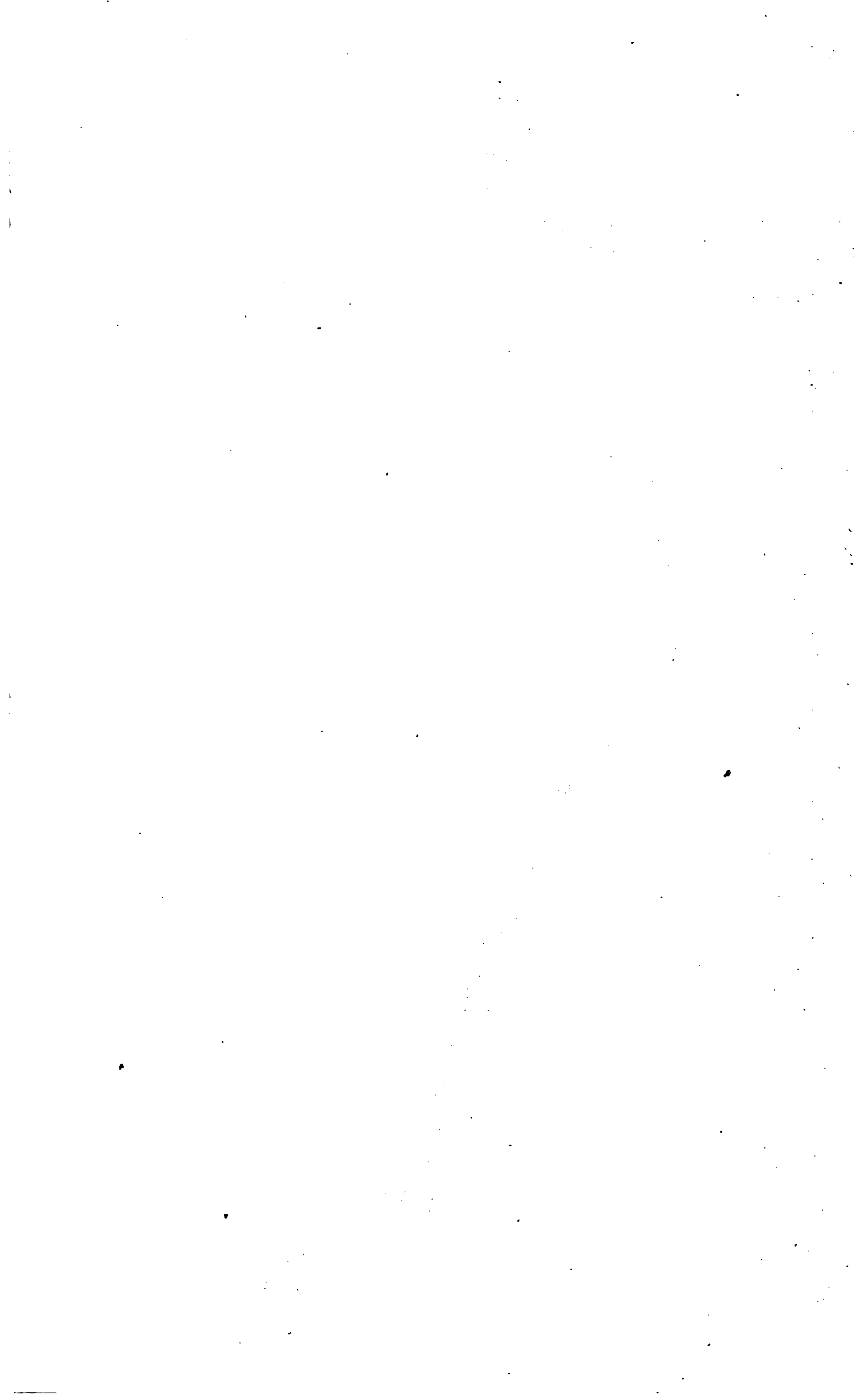
PLANCHE V.

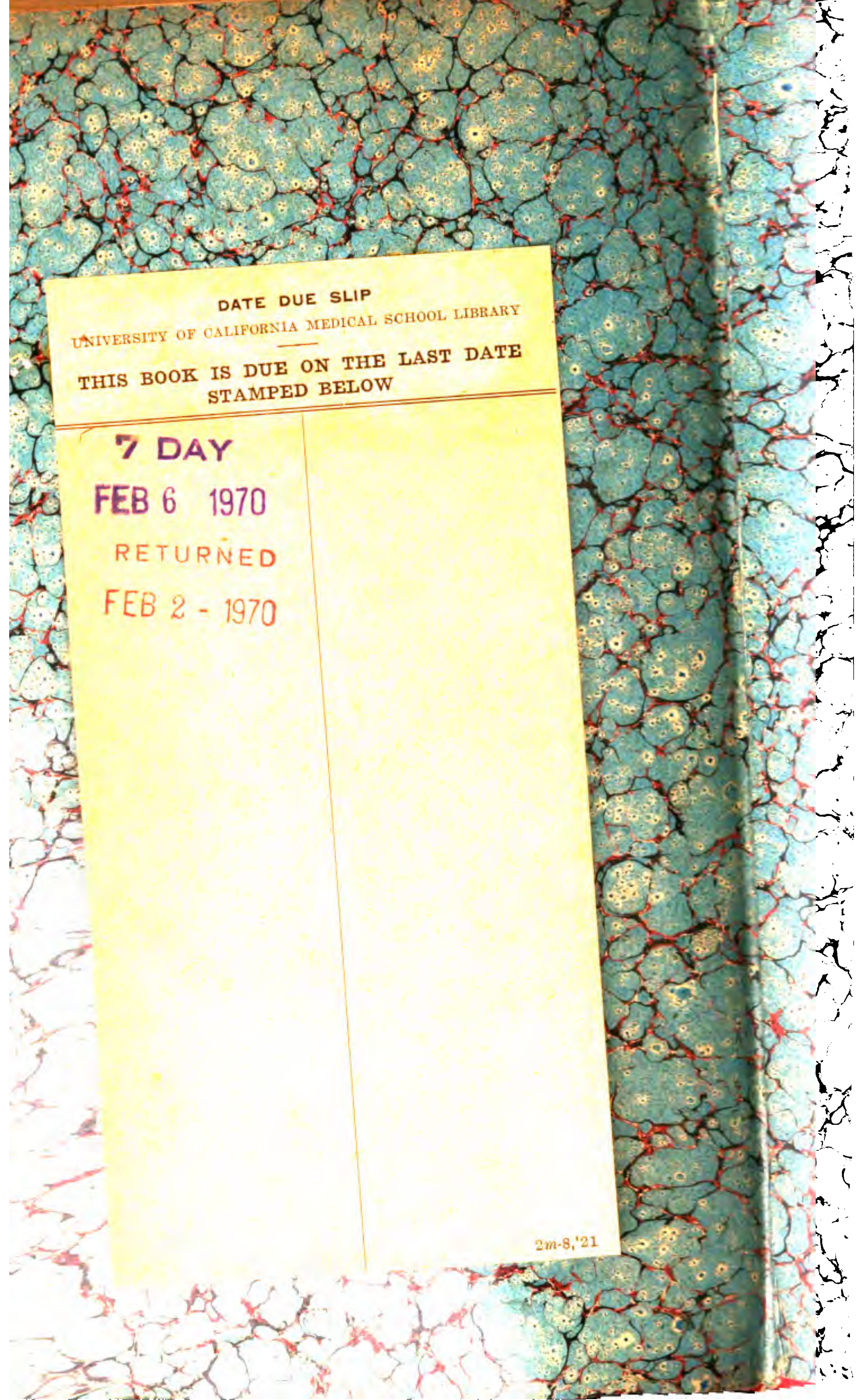
Face externe ou convexe de l'hémisphère droit.

Les lettres ont la même signification que celles de la planche III, à l'exception des suivantes :

d., Sillon occipital antérieur.
b., Sillon intermédiaire au pli pariétal inférieur et au pli courbe.
c., Sillon divisant le pli courbe.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1186





DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW
7 DAY
FEB 6 1970
RETURNED
FEB 2 - 1970
2m-8,'21



